

LES ASSURANCES SOCIALES ET LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

THÈSE
pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

Jacques-Pierre GODARD

*Ancien Externe des Hôpitaux
Diplômé de l'Institut d'Hygiène
Né à Paris le 23 Mai 1905*

Président : M. Léon BERNARD, Professeur

IMPRIMERIE NOUVELLE

39, Rue Fulton

Bourges

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552003_0019

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

N°

LES ASSURANCES SOCIALES ET LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

THÈSE
pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

Jacques-Pierre GODARD

*Ancien Externe des Hôpitaux
Diplômé de l'Institut d'Hygiène
Né à Paris le 23 Mai 1905*

Président : M. Léon BERNARD, Professeur

==
IMPRIMERIE NOUVELLE
39, Rue Fulton
Bourges

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE ...	Neurologie et Psychiatrie.
BINET	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE ...	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri) ...	Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY - VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ...	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHEU	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. -- AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	
DEBRE	
DUVOIR	
FIESSINGER	
LAIGNEL	
LAVASTINE	
LERI	

LEVY-SOLAL }
METZGER

MM.

BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	
HEITZ-BOYER ..	
MATHIEU	
MOCQUOT	
PROUST	
SCHWARTZ	
LE LORIER	

Clinique obstétricale.

V. -- CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire

FREY
CHAILLEY-BERT
LEDoux-LEBARD
WEIL-HALLE

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Stomatologie.
Education physique.
Radiologie clinique.
Puericulture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A la mémoire de mon Oncle
le médecin auxiliaire Pierre Toutry
tué le 17 Octobre 1918

A tous les miens et à mes amis

A Monsieur le Professeur Léon Bernard

*Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris
Commandeur de la Légion d'Honneur*

qui après nous avoir inspiré cette thèse a bien voulu en accepter
la présidence.

A mes Maîtres
de l'Ecole de Médecine d'Angers
et de la Faculté
de Médecine de Paris

Il nous est d'un agréable devoir de remercier, au seuil de ce travail, tous ceux qui ont su nous faire comprendre et aimer la médecine sociale, et nous ont favorisé dans notre étude de l'hygiène et de la médecine préventive.

Nous tenons tout d'abord à témoigner notre respectueux attachement à Monsieur le Professeur LÉON BERNARD, dont l'enseignement, les conseils éclairés et l'appui bienveillant nous ont été maintes fois profitables.

Qu'il nous permette d'associer à la reconnaissance toute particulière que nous lui portons, celle que nous avons pour ses collaborateurs à la Clinique de la Tuberculose de la Faculté de Médecine de Paris, Messieurs BARON, POIX et VALTIS, assistants et Messieurs PELLISSIER, MAYER, TRIBOULET, MARIE et LAMY, chefs de clinique.

Nous tenons à remercier également Monsieur le Professeur TANON, directeur, et Monsieur le Professeur agrégé JOANNON, sous-directeur de l'Institut d'Hygiène de Paris ; Monsieur le Professeur COUVELAIRE, Professeur de clinique obstétricale et Monsieur le Docteur LACOMME, accoucheur des hôpitaux.

Nous exprimons toute notre gratitude à ceux qui, à des titres divers, nous ont permis de mener à bien ce travail, Monsieur le Professeur PARISOT, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Nancy ; Messieurs FORESTIER et Y. BIRAUD, Experts auprès de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations ; les autorités sanitaires et administratives allemandes et alsaciennes, qui nous ont réservé le meilleur accueil, et plus particulièrement Monsieur le Professeur MÖLLERS, de Berlin, membre de l'Office Sanitaire du Reich ; Monsieur le Docteur

HELM, Secrétaire Général du Comité Central allemand de défense contre la Tuberculose ; Monsieur le Docteur SAVELS, Directeur des Services d'Hygiène de la Ville de Cologne ; Monsieur WACKENTHALER, Président du Comité-Directeur de l'Institut d'Assurances d'Alsace-Lorraine et Monsieur le Docteur VAUCHER, Secrétaire Général de l'Association alsacienne et lorraine contre la Tuberculose.

Monsieur le Docteur ARNAUD, Directeur, Monsieur le Docteur EVROT, Directeur-adjoint ; Monsieur le Docteur ROYER, Délégué technique, et Monsieur MOINE, Statisticien du Comité National de Défense contre la Tuberculose ; Monsieur le Docteur BOURGUIN, de l'Office National d'Hygiène sociale et Monsieur le Docteur HUMBERT, Secrétaire Général-adjoint de l'Union Internationale contre la Tuberculose, qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils et mettre leur abondante documentation à notre disposition.

Enfin, nous ne saurions oublier que nous avons, durant nos études, toujours trouvé en notre oncle, le Docteur Paul LABESSE, Médecin-Directeur du Sanatorium de Durtol, un conseiller bienveillant et fidèle.

Que tous soient assurés de notre vive reconnaissance.

INTRODUCTION

L'application des Assurances Sociales, longtemps différée en France, est aujourd'hui un fait accompli. La loi du 5 avril 1928, modifiée par les lois du 5 août 1929 et 30 avril 1930, est entrée en vigueur à la date du 1^{er} octobre de cette même année. Cette législation, qui doit apporter de grandes modifications à l'exercice de la médecine privée, révolutionnera non moins certainement la médecine sociale. Mais, si les praticiens se sont beaucoup préoccupés de la situation matérielle et morale qui allait leur être créée par ces conditions nouvelles, il semble que les hygiénistes se soient peu intéressés à la question, et qu'ils n'aient pas vu avec suffisamment d'ampleur les répercussions possibles des assurances sur la santé publique et sur les maladies sociales.

Or, la tuberculose se place au premier rang de ces maladies, dites sociales, qui posent des problèmes vastes et urgents pour la nation entière, en raison de leur gravité, de leur fréquence, de leurs modes de contagion, de la multiplicité de leurs conséquences individuelles et collectives.

Fatalement, et à brève échéance, les jeunes caisses d'assurances sociales vont voir le problème se poser à elles, dans toute son ampleur. Et rapidement, elles devront prendre position pour protéger leurs affiliés de cette redoutable affection.

Quelle attitude prendront-elles, et la loi des assurances va-t-elle aider à intensifier la lutte contre la tuberculose ? Risque-t-elle, au contraire, de paralyser

l'action des organismes déjà existants, et de conduire à un inutile gaspillage ? Dans quelle mesure les caisses maladie et invalidité de toute récente création vont-elles pouvoir s'appuyer sur les œuvres déjà créées ? Dans quelles conditions ces œuvres vont-elles pouvoir profiter de l'apport des institutions d'assurances ? Autant de questions qui se posent à l'heure présente avec une acuité toute particulière, et auxquelles nous nous sommes efforcés de répondre dans le présent travail.

A dire vrai, la France a l'avantage de bénéficier des expériences étrangères : nombre de nations possèdent, en effet, des législations d'assurances qui participent pour une part plus ou moins large à la lutte anti-tuberculeuse.

Aussi le Professeur LÉON BERNARD, qui a eu l'extrême obligeance d'attirer notre attention sur ces problèmes, a bien voulu nous envoyer, sous l'égide de la Section d'Hygiène de la Société des Nations, en Allemagne et en Alsace, afin d'y étudier les modes de collaboration des Services publics, des Caisses d'assurances et des Œuvres privées. Et nous avons pu, au cours de ce voyage, nous convaincre des bienfaits qu'est susceptible d'apporter une législation d'assurances sociales au développement de la lutte anti-tuberculeuse, à condition, toutefois, de définir nettement les attributions de chacun.

Le présent travail se divise, tout naturellement, en trois parties.

Dans la première, nous avons étudié l'armement anti-tuberculeux de quelques nations, dont l'état sanitaire est particulièrement satisfaisant, et où les assurances de types très variables, ont apporté à la lutte anti-tuberculeuse, un appoint considérable.

Un chapitre est réservé aux Etats-Unis, où l'initiative

privée a permis à de puissantes compagnies d'assurances sur la vie, d'apporter une aide non négligeable à la protection de la santé publique. Il nous a paru intéressant d'étudier également l'armement du Danemark, où l'Etat, avec l'appui des mutualités, a su créer une œuvre remarquablement solide et efficace ; l'armement belge, caractérisé par la part prépondérante prise par les Unions mutualistes extrêmement développées, qui réalisent, dans ce pays, de véritables assurances facultatives ; l'armement italien, dont l'originale législation, en instituant l'assurance obligatoire contre la tuberculose, permet de formuler les espoirs les plus légitimes. Enfin nous avons, en deux chapitres consacrés à l'Allemagne et à l'Alsace, montré comment les Assurances Sociales favorisent le développement de la lutte anti-tuberculeuse.

La deuxième partie est consacrée à l'exposé critique, en deux chapitres successifs, de l'armement anti-tuberculeux français et de la loi des Assurances Sociales.

Enfin, dans la troisième partie, nous envisageons, à la lumière des enseignements étrangers, et après une parfaite connaissance des organismes français mis en présence, les modes de collaboration des institutions d'assurances avec les œuvres antituberculeuses les plus capables de favoriser l'extension de notre armement. Pour cela, nous avons abordé, tour à tour, les quatre fonctions fondamentales de cet armement : dépistage, traitement, réadaptation et protection de l'enfance. Dans un dernier chapitre enfin, nous avons indiqué quelles modifications il serait souhaitable de voir apporter prochainement à la législation actuelle, pour permettre à notre pays de posséder, avec l'appui des assurances sociales, un armement antituberculeux rationnel, puissant et vraiment digne d'une grande nation.

PREMIÈRE PARTIE

Etude de quelques Armements Antituberculeux
Étrangers

CHAPITRE PREMIER

Les Etats-Unis et l'Assurance privée

L'organisation de la lutte antituberculeuse aux Etats-Unis procède des caractéristiques de ce peuple neuf, audacieux et riche. L'hygiène sociale subit, en effet, dans ce pays, les mêmes influences que les autres branches de l'activité humaine ; et l'on peut observer, dès le plus bref examen, ce mélange d'autoritarisme violent et de méfiance instinctive de l'administration qui constituent les bases, apparemment contradictoires, de la mentalité yankee.

Dans ce pays, qui s'est vu imposer la plus sévère loi que puisse subir une nation civilisée, la loi de prohibition, la lutte antituberculeuse est en grande partie dirigée et financée par des organismes privés, compagnies d'assurances et œuvres philanthropiques. Et cependant, la législation antituberculeuse est, à l'heure actuelle, une des plus rigoureuses qui soient : ainsi, d'une part, une série de mesures sanitaires, appliquées avec méthode et rendues nécessaires par l'afflux des populations ouvrières dans les grands centres industriels, d'autre part, une floraison de fondations privées se substituant aux organismes d'Etat, dans lesquels on a une médiocre confiance, tels sont les deux traits caractéristiques de la lutte antituberculeuse aux Etats-Unis.

Dès 1857, fut créé à Asheville, le premier sanatorium ; mais c'est à 1884 que remonte la naissance du premier établissement véritablement actif ; c'est en effet à cette date que TRUDEAU, le créateur de la lutte antituberculeuse aux Etats-Unis, ouvrit son célèbre sanatorium d'Adirondack-Cottage. Toute une série d'institutions

firent procéder alors à la création de stations de cure strictement privées. Mais ce n'est qu'en 1892, qu'apparaissent dans l'Etat de Pensylvanie, et grâce à l'initiative de Lawrence F. FLICK, les premières mesures publiques d'ordre préventif. Cet auteur professait, en effet, que la phthisie ne devait pas seulement être traitée et guérie par le repos, mais encore qu'il fallait l'éviter par des mesures d'hygiène appropriées. De telles idées, audacieuses pour l'époque, furent néanmoins adoptées par nombre de médecins éclairés qui, avec l'appui de philanthropes et d'industriels, créèrent bientôt de multiples associations antituberculeuses régionales. Ces associations fusionnèrent en juin 1904, pour former, sous la présidence de TRUDEAU, l'Association Nationale contre la Tuberculose.

Cette vaste organisation joue un rôle considérable. Le premier bureau en fut ouvert en 1905. A cette époque, une centaine d'associations privées, à moyens limités, s'occupaient de combattre la tuberculose. Actuellement, l'Association Nationale groupe près de douze cents associations, dont le budget global dépasse six millions de dollars. Les revenus proviennent en partie de la vente annuelle d'un timbre antituberculeux : la première vente, faite à Delaware en 1907, sous la patronage de la Croix Rouge américaine, rapporta 3.000 dollars ; en 1920, la vente du timbre antituberculeux rapporta plus de 4 millions de dollars, et en 1926, la recette atteignit 5.500.000 dollars, soit environ 130 millions de francs. Par ailleurs, de nombreux et généreux donateurs permettent à la plupart des associations locales, d'administrer des budgets très prospères.

L'activité de l'Association Nationale est très étendue ; elle incite les Pouvoirs publics, par une propagande adroite, à imposer la déclaration obligatoire, la défense de cracher, et autres mesures semblables ; à créer des

hôpitaux et des dispensaires. Elle s'attache surtout à l'éducation des masses, et par des procédés ingénieux et toujours renouvelés, elle se propose d'atteindre chaque enfant et chaque adulte et de les éclairer sur les mesures les plus propres à éviter la tuberculose. Dès 1906, une exposition ambulante parcourait les Etats de l'Est, et cet exemple fut bientôt imité par de nombreuses expositions ou manifestations de tous ordres, afin de maintenir en éveil l'opinion publique. L'esprit éminemment pratique et commercial de l'Américain triomphe, d'ailleurs, dans ces essais de vulgarisation scientifique, et nos techniciens purent apprécier ces méthodes, lorsqu'en 1917, la mission ROCKFELLER vint apporter à la France une aide généreuse et efficace. Nous-même, alors jeune lycéen, avons conservé le souvenir précis d'une conférence suivie de projections cinématographiques et de distribution de brochures, qui réalisa pleinement l'intention des organisateurs américains et fut assez attrayante pour frapper vivement notre imagination et celle de nos camarades.

LA LÉGISLATION AMÉRICAINE

C'est grâce à l'état d'esprit ainsi créé aux Etats-Unis, que purent être prises par les Pouvoirs publics, et acceptées par la population, les mesures d'ordre sanitaire qui constituent la législation antituberculeuse de ce pays.

Il convient de considérer qu'en cette matière, le pouvoir central n'intervient que dans des questions qui dépassent les limites des Etats (protection sanitaire des frontières, hygiène des voies de communication, etc...) Les lois d'hygiène sont promulguées par les Etats et sont différentes d'un Etat à un autre. Primitives et quasi

inexistantes dans certaines régions peu peuplées de l'Ouest, elles font place ailleurs à une législation d'une très grande complexité. Ce serait sortir du cadre de cette étude que de vouloir résumer toute cette législation. Donnons ici seulement la teneur des mesures le plus généralement appliquées dans les Etats industriels de l'Est.

La déclaration de la tuberculose est obligatoire pour les médecins praticiens, les directeurs d'hôpitaux, sanatoriums, dispensaires, etc... En cas de non exécution, les fautifs encourent une peine de 10 à 25 dollars d'amende.

Les logements doivent être désinfectés lors du décès ou du déménagement d'un phtisique, avant de pouvoir être occupés de nouveau. Si cette mesure n'est pas prise, le propriétaire de l'immeuble et le médecin sont solidairement responsables.

Une fois la déclaration faite, le praticien reçoit du service de santé une notice lui rappelant les diverses précautions à faire prendre par le malade et son entourage. Le médecin doit faire savoir s'il consent à assurer la mise en œuvre de ces soins d'hygiène. S'il ne le peut ou ne le veut, c'est le service municipal qui s'en charge ; s'il accepte, il peut néanmoins mentionner les mesures prophylactiques, hors de sa portée, qui lui paraissent devoir être prises par les services publics.

Signalons par ailleurs que sur l'imprimé en question, il est fait, en outre, mention des moyens mis à la disposition du malade, tant par l'Etat ou la municipalité que par les œuvres privées, soit pour confirmer le diagnostic, soit pour assurer le traitement du phtisique : ainsi, à chaque moment, le médecin sait où pouvoir aiguiller son malade et dans quelles conditions. Il y a donc, entre praticiens et services publics une collaboration effective et une entente en vue de lutter avec efficacité contre

le bacille de Koch. Les Etats-Unis nous donnent là une leçon sur laquelle nous aurons à nous étendre plus tard, mais que nous tenions à noter dès maintenant.

Cette législation, d'ailleurs, a pour contre-partie l'obligation pour les Etats d'assurer le dépistage et le traitement des tuberculeux.

Tout comté dont la population dépasse 35.000 habitants doit avoir un hôpital spécial pour tuberculeux, comprenant un nombre de lits égal au nombre de morts par tuberculose dans le comté dans l'année. Au-dessous d'une population de 35.000, deux comtés peuvent s'entendre pour avoir un hôpital commun.

Chaque agglomération de 10.000 habitants doit avoir un dispensaire antituberculeux.

Quant à l'Etat, son rôle comporte le soin de faire appliquer les mesures législatives, de créer et d'entretenir, d'accord avec l'Association locale contre la Tuberculose, les organismes de propagande. Il assure encore l'inspection sanitaire des écoles et le fonctionnement de préventoriums et de sanatoriums d'Etat.

Aussi l'armement antituberculeux américain est-il dense. Pour une population de 108 millions d'habitants en 1927, avec une mortalité tuberculeuse de 87,567, soit un taux de 8,08 pour 10.000, on comptait en cette même année, 680 dispensaires permanents, non compris les équipes volantes et les services de consultation des hôpitaux ; 608 établissements pour tuberculeux comprenant préventoriums, sanatoriums et services hospitaliers spéciaux avec 72.723 lits. Les Etats-Unis sont donc sur le point de réaliser cet objectif de tous les Etats civilisés : posséder autant de lits pour tuberculeux qu'il y a de décès par tuberculose sur le territoire.

LES COMPAGNIES D'ASSURANCES SUR LA VIE

Mais, et nous l'avons déjà souligné, une des caractéristiques les plus frappantes de l'organisation sanitaire des Etats-Unis, réside dans l'action prépondérante des organismes privés, au premier rang desquels se placent les grandes Compagnies d'Assurances.

Il apparaît de plus en plus qu'en matière de santé publique deux idées directrices doivent nous guider : réaliser la prophylaxie au point de vue scientifique, et l'assurance au point de vue social. Nous avons brièvement envisagé l'organisation de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose aux Etats-Unis ; il nous reste à considérer comment les américains ont conçu et en partie réalisé l'assurance.

Nous l'avons dit, l'Américain a une profonde répulsion pour tout ce qui apparaît comme une ingérence de l'Etat dans ses affaires privées. Il admettra que les agents de la prohibition fouillent sa maison pour y découvrir quelques flacons d'alcool, mais il ne souffrira pas que l'Etat organise un système de protection contre les risques sociaux.

Les Compagnies privées d'Assurances sur la Vie suppléent à cette déficience des pouvoirs publics. Elles se sont prodigieusement développées aux Etats-Unis et certaines ont réalisé, dans leur intérêt bien compris, des démonstrations sanitaires remarquables : leurs vigoureuses campagnes de propagande, la vulgarisation des examens de santé périodiques, ont été les moyens les plus communément employés. La célèbre expérience de Framingham est un des exemples les plus suggestifs des résultats que l'on peut obtenir.

L'expérience de Framingham. — En 1916, la *Metropo-*

litan Insurance Life Company, la plus puissante de ces compagnies, ayant constaté que plus de 16 % des décès prématurés de ses affiliés étaient dus à la tuberculose, et qu'elle devait verser de ce fait plus de quatre millions de dollars par an, mit une somme de 100.000 dollars à la disposition de la *National Tuberculosis Association*, en vue d'une expérience qui devait durer trois ans. Le but proposé était de savoir si par des moyens de prophylaxie appropriés, il était possible de limiter l'extension de la Tuberculose, et, par là même, d'éviter une mortalité et une invalidité précoces chez nombre de jeunes travailleurs, dont le rendement social serait ainsi conservé intact.

La petite ville industrielle de Framingham (Massachusetts) fut choisie pour cette expérience. Tous les moyens furent employés : ouverture de dispensaires, de consultations de nourrissons ; campagne de propagande avec conférences, projections, diffusion de brochures ; inspection médicale des écoles et dépistage de la tuberculose chez les enfants par des cuti-réactions en série ; surveillance sanitaire des ateliers et des mines. Les résultats furent parfaitement démonstratifs : diminution de la mortalité par tuberculose, diminution du nombre des cas avancés, brillants résultats obtenus par une thérapeutique précoce : tels furent, en bref, les résultats les plus tangibles constatés en un temps assez court, et qui conduisirent la *Metropolitan* à prolonger et étendre le champ de son expérience.

LES EXAMENS PÉRIODIQUES DE SANTÉ

Les Compagnies d'Assurances, par une incessante propagande, invitent d'autre part leurs affiliés à faire pratiquer des examens périodiques de santé. Des insti-

tuts ont été créés à cet effet, par exemple l'*Institut pour la Prolongation de la Vie*, dirigé par le Docteur F. FINCK, à New-York. Cet organisme a une triple orientation : examen des personnes assurées sur la vie, examen des personnes qui se présentent spontanément, examen du personnel d'ateliers ou d'usines à la demande des chefs d'entreprises.

Le travail est organisé de façon à pratiquer un examen médical complet dans le plus bref délai. Une interrogation détaillée sur les antécédents personnels et héréditaires est suivie d'un examen physique et fonctionnel systématique. Puis le sujet passe tour à tour devant le neurologue, l'ophtalmologiste, l'otorhinolaryngologiste et le dentiste. Eventuellement, il est fait appel à d'autres spécialistes. On complète naturellement par l'analyse des urines et on achève par une prise de sang en vue du dosage de l'urée sanguine, et de la recherche du BORDET WASSERMANN. Grâce à une organisation taylorisée, cet examen complet dure en moyenne une heure. L'examiné reçoit un protocole détaillé, ne contenant aucune indication sur le diagnostic ou le traitement, mais qui donne des conseils d'hygiène, ou, si un traitement est jugé nécessaire, qui recommande de consulter un médecin. L'Institut fait, sur la demande du malade, transmettre au praticien, les résultats de l'examen.

L'Institut pratique plus de 160.000 examens par an ; il s'est assuré la clientèle de près de quarante compagnies d'assurances. L'une d'elles, la *Metropolitan*, a calculé que chaque dollar versé à l'Institut, épargnait deux dollars en mortalité ; elle a enregistré en dix ans une baisse de 49,2 % du taux de mortalité par tuberculose parmi ses clients assujettis au contrôle sanitaire.

Une autre, la *Guardian Life*, constate que parmi 3.163 assurés qui se sont faits examiner à l'*Institut pour la*

Prolongation de la Vie, de 1914 à 1925, la mortalité a été inférieure de 23 % à la mortalité générale des assurés non examinés.

Enfin, une entreprise industrielle fait pratiquer un examen médical de mille ouvriers pendant trois années consécutives : la deuxième année, 38 % des défauts physiques précédemment constatés sont corrigés ; la troisième année, ce taux atteint 50,2 %.

Ces quelques exemples sont assez démonstratifs pour n'avoir pas besoin de longs commentaires. Ils soulignent avec assez de netteté, l'incontestable valeur des examens préventifs et la part prépondérante tenue par les compagnies d'assurances dans la protection de la Santé publique aux Etats-Unis.

Cette activité des compagnies d'assurances et des œuvres philanthropiques, jointe à l'effort financier de l'Etat et à des mesures prophylactiques rigoureuses, permet aux Etats-Unis de posséder un armement anti-tuberculeux riche et puissant.

La situation sanitaire de ce pays est, d'ailleurs, extrêmement favorable, en ce qui concerne la tuberculose. Le taux de mortalité par tuberculose n'y était que de 8,08 pour 10.000, en 1927, avec une tendance très marquée à une rapide décroissance. La mortalité par tuberculose a, en effet, diminué de 18,6 pour cent, dans la décade 1900-1910, et de 32 pour cent, c'est-à-dire plus du double, durant la décade 1910-1920.

Il est incontestable que les brillants résultats obtenus sont, en grande partie, liés à la vague de prospérité qui a déferlé sur ce pays, depuis une vingtaine d'années, et qu'ils dépendent, sans doute, de l'amélioration du « standard of life » de l'ouvrier américain. Les voyageurs français, admirateurs ou détracteurs des Etats-Unis, qui nous ont récemment apporté leurs impressions,

nous ont tous longuement éclairé sur l'aisance des travailleurs de ce pays. Ils insistent aussi sur la vulgarisation des principes hygiéniques qui sont, là-bas, communément et spontanément appliqués.

Ces divers facteurs ne nous semblent pas négligeables, pour apprécier les quelques chiffres que nous venons de citer.

Il ne reste pas moins vrai que l'armement antituberculeux américain présente certaines particularités qui mériteraient une particulière attention, et qui sont susceptibles d'applications fructueuses, dans notre pays.

CHAPITRE II

Le Danemark

La lutte contre la tuberculose au Danemark remonte déjà à de nombreuses années. Dès 1875, le Professeur Sophus ENGELSTED ouvrait le premier sanatorium marin pour enfants. En 1893, puis en 1898, des lois sur la tuberculose porcine et bovine rendaient obligatoire l'emploi de la tuberculine, dont la valeur diagnostique venait d'être démontrée par Bernhard BANG ; en 1896 était inauguré le célèbre Institut Photothérapique Finsen, grâce à la générosité de cet auteur. L'année suivante, une disposition ajoutée à la loi des épidémies rendait obligatoire la déclaration des décès par tuberculose pulmonaire, cette déclaration devant être légalement suivie d'une désinfection gratuite. Notons cette date : le Danemark est le premier pays au monde qui, bien avant les autres, ait institué un système régulier de déclaration de la tuberculose.

Quelques années plus tard, le 16 janvier 1901, fut créée, sur l'initiative de quelques médecins, l'Association Nationale Danoise contre la Tuberculose. Cette association qui, en quelques années, groupa 30.000 membres, se proposa dès le début :

— de créer des sanatoriums populaires pour tuberculeux indigents ;

— de donner des subventions aux malades pauvres, obligés de rester dans le sein de leur famille ;

— de propager, à l'aide de brochures et de conférences, des notions d'hygiène dans le public.

Dès 1903, l'Association ouvrait trois sanatoriums ; elle possède actuellement une quinzaine d'établissements et douze dispensaires. En trente ans, ses dépenses se sont élevées à environ 2.500.000 couronnes danoises, provenant de ses cotisations. Depuis 1909, elle organise chaque année « la Journée de la Fleur d'Automne », en faveur des enfants élevés en foyers contaminés, qu'elle peut, grâce à cette belle œuvre, mettre à l'abri de la contagion.

Ces brèves indications suffisent pour donner une idée des services incomparables rendus à la nation par l'Association Danoise contre la Tuberculose. Mais son mérite le plus grand nous paraît être celui d'avoir pu, grâce à une campagne tenace et habile, susciter dans tous les milieux, un très vif intérêt à l'égard de cette question si grave de la lutte antituberculeuse.

Poussé par le mouvement d'opinion créé dès sa fondation, le gouvernement danois nommait, en effet, en novembre 1901, une commission technique, présidée par le Professeur KNUD FABER qui, après de nombreux travaux, déposa un rapport très complet sur les mesures d'ordre législatif et financier qu'elle considérait comme susceptibles d'enrayer le développement de la tuberculose au Danemark.

Le 14 avril 1905, furent votées par le Parlement danois, deux lois sur la tuberculose, directement inspirées par les travaux de KNUD FABER et de ses collaborateurs. Ces lois ont été amendées plusieurs fois et améliorées sur des points de détail. Mais leur caractère primitif a toujours été respecté ; et bien que déjà anciennes, elles constituent l'œuvre législative la plus complète, la plus logique et la plus généreuse dont puisse, encore aujourd'hui, s'enorgueillir une nation civilisée.

LA LÉGISLATION DANOISE

La législation antituberculeuse danoise comprend donc deux lois : l'une « sur les mesures relatives à la lutte contre la tuberculose », l'autre « relative aux subventions de l'Etat pour le traitement des tuberculeux ».

L'étude, même superficielle de cette législation, met en lumière le rôle prépondérant joué par l'Etat au point de vue financier. Cette intervention de l'Etat ne consiste pas seulement dans l'apport ou le prêt de capitaux en vue de la construction d'établissements de cure, mais encore dans l'attribution de subventions pour l'entretien de ces établissements. Le prix du traitement dans les sanatoriums est de 3 à 4 *kroners* par jour. Or, l'Etat accorde des indemnités de 2,5 à 3 *kroners* pour tous les malades indigents : il paie donc les trois-quarts des frais d'hospitalisation. Cette mesure est d'autant plus remarquable que le terme d'indigent est compris dans un sens très large.

Au Danemark, rentrent en effet dans la catégorie des indigents :

1°) les membres des Sociétés de secours mutuels reconnues par l'Etat, ainsi que leurs enfants âgés de moins de 15 ans ; (or, au Danemark, plus de 60 % de la population adulte fait partie de ces sociétés) ;

2°) les malades dont la situation de fortune est telle que les intéressés, ou les soutiens de famille peuvent, au terme de la loi sur les sociétés de secours mutuels, faire partie des dites sociétés ;

3°) les malades dont la situation est telle que leurs

moyens d'existence ou ceux de leurs soutiens de famille, subiraient un préjudice s'ils devaient, à leurs frais, supporter les dépenses de traitement et de séjour dans des établissements de soins.

Ainsi, près des trois-quarts de la population danoise peuvent bénéficier des subventions de l'Etat. Le supplément qui ne dépasse pas un *kroner* par jour, est payé par les sociétés de secours mutuels, si le malade en fait partie. Sinon, il paye lui-même lorsqu'il le peut ; enfin lorsque sa situation ne lui permet pas cette participation, la commune complète les frais d'hospitalisation.

Par ailleurs, l'assistance est accordée par les municipalités, à toutes les familles dont le soutien est envoyé en sanatorium ; elles assurent encore les frais de pension des enfants, chaque fois que ceux-ci ne peuvent ou ne doivent pas rester au foyer contaminé.

Toutes ces mesures sont appliquées dans un si large esprit, qu'OSTENFELD et PERMIN ont pu écrire : « Au Danemark, la question de paiement ne constitue jamais un obstacle à l'admission des tuberculeux dans l'un quelconque des établissements mentionnés par la loi. »

L'intervention de l'Etat se manifeste encore dans la gestion des dispensaires antituberculeux. L'Etat contribue, en effet, pour un tiers aux frais d'administration, à condition que les communes versent un autre tiers. Lorsqu'une municipalité crée un dispensaire, la subvention de l'Etat s'élève à la moitié des frais de construction.

Enfin chaque année, un chapitre important du budget est destiné à l'attribution de subventions pour la construction ou l'extension des établissements pour tuberculeux. Ces subventions, qui peuvent atteindre la moitié des frais engagés, ne sont accordées que lorsque les devis de construction ont été transmis au ministère de

l'Intérieur et approuvés par celui-ci. Il est entendu qu'en aucun cas la subvention ne pourra dépasser 2.500 couronnes par lit. D'autre part, lorsqu'un établissement pour tuberculeux, ayant obtenu la subvention de l'Etat, est affecté à un autre but, le montant de la subvention doit être restitué.

Non moins remarquable est la *Loi sur les mesures relatives à la lutte contre la tuberculose* qui serait à citer en entier, et dont les dispositions d'ordre prophylactique et sanitaire constituent un modèle jamais égalé.

Cette loi confie aux commissions cantonales des épidémies, tout ce qui concerne la lutte antituberculeuse dans le cadre du canton.

Elle vise tout d'abord à recenser tous les cas de tuberculose dans le double but de recueillir des renseignements d'ordre statistique et de pouvoir prendre des mesures propres à éviter la dissémination du bacille tuberculeux. A cet effet, il est délivré à chaque médecin un formulaire spécial sur lequel celui-ci doit déclarer au médecin cantonal tout cas de tuberculose pulmonaire ou laryngée, et tout décès dû à la tuberculose, quel que soit le siège de la maladie.

En cas de décès ou de départ d'un malade tuberculeux, chaque fois qu'elle le jugera utile, la commission des épidémies peut ordonner la désinfection des locaux. Le linge, les vêtements et la literie ayant appartenu au malade ne peuvent être vendus, prêtés ou donnés sans désinfection préalable.

Lorsque la commission cantonale des épidémies apprend qu'une personne atteinte de phtisie vit ou travaille dans des conditions telles qu'elles présentent un danger pour l'entourage, elle peut déterminer les mesures préventives qu'il y a lieu de prendre. En cas de refus de la part du malade de se soumettre à ces

conditions, la commission a le droit d'exiger le transfert d'office à l'hôpital.

Aucune femme ne peut se faire engager comme nourrice, aucune personne ne peut entrer en service dans une crèche, un asile, sans certificat médical constatant l'absence de tuberculose.

Tout instituteur d'une école publique ou privée qui apprend qu'un enfant est ou a été atteint de tuberculose, doit en faire part au directeur de l'école qui avertit la commission des épidémies. De même tout médecin, constatant qu'un enfant de l'école est atteint de tuberculose contagieuse, doit en faire la déclaration à la commission des épidémies qui décidera si l'enfant peut continuer à fréquenter l'école.

Nul ne peut être admis aux fonctions d'instituteur ou institutrice des écoles publiques, de membre du clergé, de sage-femme ou de garde-malade dans un établissement public sans produire un certificat constatant que la personne en question n'est pas atteinte de phthisie pulmonaire ou laryngée.

Tout fonctionnaire de l'Etat ou des communes, mis en congé pour tuberculose, a droit à une pension de retraite s'élevant aux deux tiers de son traitement. Cette pension est versée pendant toute la durée de la maladie. Si le retraité est jugé apte à reprendre son service, il est réintégré dans les cadres de l'administration avec son grade antérieur. La pension de retraite cessera d'être versée, si le malade guéri refuse d'accepter un emploi ou une fonction correspondant à celui qu'il occupait antérieurement.

Tout conscrit militaire qui, au cours de son temps de service, est atteint de tuberculose contagieuse, est hospitalisé à la charge de l'Etat, dans un sanatorium public ou agréé.

Dans les hospices d'aliénés ou de vieillards, les prisons, et tous établissements réunissant des collectivités, les personnes atteintes de tuberculose contagieuse sont isolées des autres pensionnaires, et groupés dans des quartiers réservés.

Enfin un article de la loi énonce que les contraventions aux prescriptions légales sont punies d'amendes variant de 2 à 2.000 *kroner* ou de prison.

Telle est l'économie de la législation antituberculeuse au Danemark. Il est incontestable que les deux éléments principaux de l'armement danois : apport financier considérable de l'Etat, et législation aussi judicieuse que sévère, ont contribué pour leur part respective, à améliorer l'état sanitaire de ce pays. Il convient de souligner par ailleurs que, cependant que la plupart des nations européennes concentraient, de 1914 à 1918, toutes leurs forces vives à la défense de leur sol, le Danemark continuait, sans à-coup, à perfectionner méthodiquement son armement antituberculeux.

Enfin il nous faut tenir compte, pour apprécier les résultats obtenus, de ce que la population danoise est une des plus « civilisées » de l'Europe, que l'analphabétisme est inconnu, la consommation de l'alcool très faible, la prospérité à peu près générale ; et de ce que les Danois, disciplinés, se plient de bonne grâce aux règlements dont ils savent apprécier la nécessité et les bienfaits.

L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX DANOIS

Sous l'influence des deux lois précitées, et grâce aux circonstances favorisantes que nous venons d'énumérer, l'armement antituberculeux s'est développé harmonieu-

sement et rapidement, et d'ailleurs selon un plan inverse à celui de l'armement français. Au lieu, en effet, de porter l'effort le plus grand vers les dispensaires destinés avant tout au dépistage et à la prophylaxie, on a jugé nécessaire au préalable, d'aménager des établissements de cure, afin d'éloigner du milieu familial à la fois, ceux qui, peu atteints, sont susceptibles d'amélioration et ceux qui, sévèrement touchés, doivent être placés dans des hôpitaux d'isolement.

Ce n'est donc que durant ces toutes dernières années, que furent créés des dispensaires au nombre d'une vingtaine. Mais ce qui légitime le peu d'attention porté jusqu'alors par les Pouvoirs publics vers cette question, c'est que l'initiative privée avait depuis longtemps pris en main cette œuvre éminemment utile : l'Association Nationale en effet, avait créé des comités locaux chargés d'apporter aux tuberculeux nécessiteux, des secours matériels et des conseils d'hygiène. Dans les villes, de nombreuses infirmières diplômées et rétribuées par les municipalités ou les œuvres privées, donnent gratuitement des soins aux indigents et remplissent le rôle de garde-malades.

Par ailleurs, les commissions cantonales des épidémies et les médecins cantonaux, grâce à la loi dont nous avons donné de longs aperçus, ont la possibilité de recenser les tuberculeux et d'effectuer leur placement. Or, c'est là essentiellement le but des dispensaires. On comprend dans ces conditions que l'effort de l'Etat, largement secondé en ce qui concerne le dépistage par les œuvres privées et les organismes cantonaux, ait porté jusqu'à présent, principalement, vers la création de lits de tuberculeux.

Voici quel était, au début de 1929, l'état de l'armement antituberculeux danois :

Sanatoriums	16	1.393
Hôpitaux pour tuberculeux ..	35	1.044
Maisons de convalescence ..	5	73
Hospices pour tuberculeux ..	4	132
Sanatoriums maritimes	11	571
Hôpitaux maritimes	4	428
		75 établissements 3.641 lits

Ca tableau appelle quelques commentaires.

Les sanatoriums sont destinés au traitement des malades curables. Tous construits entre 1900 et 1910, ils ont un nombre de lits suffisant pour répondre immédiatement à toute demande de placement. Le séjour moyen est de 6 à 8 mois, mais peut dépasser un an ; les réadmissions, même très précoces, sont fréquentes. Un superbe sanatorium pour enfants, construit grâce aux ressources tirées de la vente du timbre de Noël, contient 158 lits.

Avant de quitter cette catégorie d'établissements, il convient de mentionner que l'article 8 de la loi relative aux subventions de l'Etat pour le traitement des tuberculeux est ainsi rédigé : « Les malades admis dans les établissements sus-mentionnés (c'est-à-dire subventionnés par l'Etat), sont tenus de prendre part aux travaux ordonnés par le médecin-directeur, comme faisant partie de la cure. » Aussi sont annexés à la plupart des sanatoriums, des ateliers divers permettant la reprise progressive du travail ou la réadaptation professionnelle des convalescents. Ce système ayant donné d'excellents résultats, le Danemark ne possède que cinq maisons de convalescence, dont trois pour enfants.

Par contre, les hôpitaux pour tuberculeux sont très

nombreux. Alors que les sanatoriums ont été surtout construits grâce à l'initiative privée avec le concours financier de l'Etat, ce sont les comtés qui ont créé la plupart de ces hôpitaux.

Ces établissements reçoivent, de préférence, les malades qui se trouvent à un stade trop avancé de leur maladie, pour tirer quelque bénéfice de la cure sanatoriale ; mais ils admettent aussi les phtisiques au début, en vue d'une thérapeutique d'urgence. La durée d'hospitalisation est illimitée. Nombre de tuberculeux meurent dans ces établissements, qui constituent d'excellents centres d'isolement, la mortalité moyenne y étant de 27 % du nombre total des malades.

La plupart de ces établissements comportent de 10 à 40 lits ; mais quelques-uns sont beaucoup plus importants. Ils peuvent être autonomes, ou le plus souvent, constituer une section spéciale d'un hôpital général. Tous ces hôpitaux sont dotés d'abris en plein air et les malades y peuvent suivre les traitements en usage dans les sanatoriums. Des services spéciaux pour tuberculeux ont été créés dans trois hospices d'arriérés et deux hôpitaux pour maladies mentales. Un service d'isolement a été ouvert dans la prison d'Etat de Nyborg, pour les détenus phtisiques.

Le grand avantage de ces établissements, qui répondent à la formule sanatorium-hôpital, est de pouvoir recevoir immédiatement tout tuberculeux à n'importe quel stade, de le placer sous surveillance médicale, dans de bonnes conditions hygiéniques, et de le laisser à proximité de sa famille.

Les hospices pour tuberculeux, au nombre de quatre, sont destinés à recevoir les tuberculeux chroniques âgés, dont les moyens pécuniaires ne leur permettent pas de vivre sans assistance. Ce sont presque tous des béné-

ficiaires de la loi sur l'assurance-invalidité qui préfèrent l'hospitalisation à la rente touchée à domicile.

Enfin, les établissements maritimes sont de deux catégories : sanatoriums qui, en fait, sont plutôt des préventoriums et reçoivent des enfants scrofuleux et malingres, et hôpitaux maritimes pour tuberculoses chirurgicales. Ces hôpitaux possèdent toutes les installations techniques modernes : salles d'opération et de traitement orthopédique, appareils de radiographie, hélio-thérapie, etc...

En résumé, l'armement antituberculeux danois comprend 75 établissements avec 3.641 lits, soit 106 lits de tuberculeux pour 100.000 habitants, ou encore 129 lits pour 100 décès annuels par tuberculose de toutes formes. Le Danemark est le seul pays au monde dont le nombre de lits dépasse en chiffres absolus, le nombre de décès annuels par tuberculose.

Un effort aussi considérable devait se traduire par une importante diminution du taux de la mortalité par tuberculose. Et la preuve a été ainsi faite que les moyens employés étaient efficaces. Aussi n'est-ce pas sans une légitime fierté que le Professeur KNUD FABER déclarait, en 1924, à la Conférence Internationale contre la Tuberculose de Lausanne : « De tous les pays de l'Europe, le Danemark est celui dont le taux de mortalité par tuberculose est le moins élevé. » Certes, l'amélioration des méthodes sanitaires, l'amélioration des conditions matérielles de vie, une législation du travail très large, des lois d'assistance et d'assurance très étendues ont contribué pour une large part à ce résultat. Il n'en est pas moins remarquable que la nation qui a consacré à la lutte antituberculeuse les ressources financières les plus grandes, soit aussi la nation où le déclin de la mortalité par tuberculose est le plus marqué.

En particulier, la mortalité par tuberculose a diminué dans de plus fortes proportions que la mortalité générale. Pour l'ensemble de la population urbaine, voici quel est le taux de cette diminution de 1900 à 1922 :

Mortalité générale	diminution de 20,2 %
Mortalité tuberculose toutes formes	— — 46,5 %
Mortalité tuberculose pulmonaire	— — 42,9 %

Voici, d'autre part, un tableau indiquant la diminution du taux de mortalité par tuberculose pour 10.000 habitants (population urbaine) :

1890 Mortalité par tuberculose	30,3
1895 — — —	26,1
1900 — — —	23
1905 — — —	19,6
1910 — — —	14,3
1915 — — —	13,2
1920 — — —	11,7
1922 — — —	10,9
1924 — — —	9,9
1926 — — —	8,9

Ces chiffres se passent de tout commentaire. Le Danemark a su associer l'initiative des grandes associations d'utilité publique avec l'appui financier de l'Etat. Il a su aussi se forger une législation antituberculeuse qui est un modèle et qui constitue l'élément le plus original de son armement.

Il est incontestable que ce pays est aujourd'hui le mieux armé pour combattre la tuberculose, et si nous avons tenu à considérer avec quelques détails l'œuvre danoise, c'est parce que nous estimons que les Etats qui n'ont pas accompli un effort suffisant, et dont la mortalité par tuberculose est encore trop élevée, peuvent se tourner vers le Danemark et recevoir, à l'étude de ses réalisations, un exemple et une leçon.

CHAPITRE III

La Belgique et les Mutualités

Comme au Danemark, trois éléments concourent à la lutte antituberculeuse en Belgique : l'Etat, les mutualités et les œuvres privées. Mais le rôle des mutualités est, en particulier, considérable ; elles réalisent dans ce pays, de véritables assurances sociales et méritent à ce titre une étude très attentive.

L'intervention de l'Etat est avant tout financière. La législation antituberculeuse belge est à peu près inexistante. La déclaration n'est pas obligatoire ; le dépistage est fait par les œuvres privées et les mutualités, de même que l'éducation antituberculeuse à laquelle, cependant, participent les inspecteurs d'hygiène du gouvernement. Seul, le contrôle des denrées alimentaires et plus particulièrement du lait et des viandes est réglementé. Enfin, certaines dispositions légales protègent la femme enceinte et l'adolescent au travail, et régissent l'hygiène de l'atelier.

Mais si l'Etat a un rôle législatif minime, il subventionne et contrôle, par l'intermédiaire du ministère de l'Intérieur, les œuvres antituberculeuses privées.

C'est ainsi que les dispensaires reçoivent 70 % de leurs dépenses autres que les dépenses d'assistance. La cure sanatoriale est encouragée :

— par une subvention de 2 fr. 50 par jour d'hospitalisation des tuberculeux ;

— par une participation de 3.000 francs par lit, dans les frais de construction des nouveaux sanatoriums ;

— par la construction d'hôpitaux intercommunaux pour tuberculeux incurables ; l'apport de l'Etat équivaut au tiers de la dépense totale, le reste étant à la charge des communes.

Le ministère de l'Industrie, d'autre part, subventionne

largement les mutualités. Il accorde 10 % du montant des cotisations versées aux mutualités primaires ; cette participation atteint 60 % des cotisations versées aux caisses d'invalidité et aux caisses antituberculeuses.

De leur côté, les provinces, les communes et les commissions d'assistance publique participent à la lutte antituberculeuse soit en collaborant aux frais de construction des sanatoriums, soit en subventionnant les dispensaires, soit en prenant à leur charge une partie du prix de journée des hospitalisés, soit enfin en accordant des indemnités de chômage aux familles de ces derniers.

En somme, en Belgique, l'Etat se contente d'accorder un appui financier très large aux œuvres qui ont pris à cœur de lutter contre la tuberculose avec la plus grande énergie.

LES MUTUALITÉS BELGES

Au premier rang de ces œuvres se trouvent les mutualités qui représentent la partie la plus originale de l'armement antituberculeux belge.

Les mutualités belges sont des organismes privés de secours, subventionnés, ainsi que nous l'avons déjà noté, par le ministère de l'Industrie, du Travail et de la Prévoyance sociale, à la condition qu'elles aient obtenu la reconnaissance légale ; qu'elles exigent de leurs membres une cotisation mensuelle minima, qu'elles assurent à leurs affiliés les soins médicaux et pharmaceutiques pendant deux ans au moins.

Il y a deux types de sociétés mutualistes : les sociétés primaires, qui assistent leurs membres pendant les trois ou six premiers mois de leur maladie, et reçoivent de l'Etat 10 % du montant des cotisations ; et les fédérations de mutualités qui, en cas de maladie chronique ou d'invalidité prématurée, indemnisent les malades à

partir du 4^e ou du 7^e mois et pendant au moins deux ans. Par application de la loi du 5 mai 1912, le gouvernement leur octroie 60 % du montant des cotisations.

Enfin ces fédérations elles-mêmes peuvent se grouper en Unions nationales. Ces unions, extrêmement puissantes, sont actuellement au nombre de quatre : socialiste, catholique, libérale et neutre. Chacune a créé une caisse antituberculeuse, dont les affiliés sont répartis dans le pays. Les trois premières seulement font bénéficier des avantages les membres de la famille de l'assuré. Elles versent à leurs membres tuberculeux, à partir du 4^e ou du 7^e mois, une indemnité pour invalidité, variant de 2 à 6 francs par jour. Elles ont conclu avec la Ligue Nationale Belge contre la Tuberculose, des conventions sur lesquelles nous reviendrons, en vue du dépistage et de la prophylaxie de la tuberculose.

Les caisses antituberculeuses ainsi formées, sont alimentées par les cotisations des fédérations affiliées ; par la subvention de l'Etat qui atteint, ainsi que nous l'avons dit, 60 % du montant des cotisations ; enfin par l'intervention plus ou moins importante des provinces et des communes.

Donnons quelques détails sur les deux plus importantes Unions de fédérations mutualistes : l'Union socialiste et l'Union catholique.

L'Union socialiste groupe 440.000 familles, près de un million de membres. La cotisation est uniformément de 4 fr. 20 par an, pour les célibataires comme pour les chargés de famille. Les femmes et les enfants de moins de dix-huit ans jouissent des mêmes avantages que les cotisants, du fait de l'affiliation du chef de famille.

La caisse de tuberculose de l'Union possède une direction médicale centrale, et 34 services médicaux pour le dépistage et les soins.

Les prestations accordées aux affiliés sont les suivantes : les tuberculeux curables sont envoyés en sanatorium aux frais de la caisse. Les incurables reçoivent une allocation en argent ou sont placés à l'hôpital. Les enfants et adultes anémiés sont envoyés dans des maisons de convalescence ou des préventori-ums appartenant soit à la caisse, soit à l'œuvre nationale de l'Enfance, avec laquelle une convention a été passée.

La caisse accorde encore des indemnités pour suralimentation à domicile, des indemnités en vue de permettre la location d'une habitation saine, des indemnités pour faciliter la réadaptation professionnelle des convalescents. Ces indemnités, dont le taux est d'ailleurs souvent assez faible (2 à 4 francs par jour), indiquent néanmoins dans quel sens s'orientent les dirigeants de cette magnifique œuvre collective.

L'Union socialiste possède ses propres polycliniques mutualistes, dans lesquelles sont installées, à côté d'autres consultations de spécialités, les consultations de la caisse contre la tuberculose. Ces consultations demeurent en liaison avec les dispensaires de la Ligue Nationale Belge contre la Tuberculose, qui se charge des analyses de crachats et des examens radiologiques. Tout malade dépisté est placé sous la protection d'un dispensaire de la Ligue, qui envoie son infirmière-visiteuse à domicile.

Le placement du malade curable est presque toujours rapide ; par contre, le placement des chroniques à l'hôpital est difficile, tant pour des raisons psychologiques que matérielles ; ils sont donc le plus souvent soignés à domicile par des médecins de l'Union.

L'Union socialiste est propriétaire d'une maison de convalescence de 32 lits pour femmes, d'une colonie

d'enfants de 45 lits sur la côte ; et d'une maison de convalescence avec 35 lits pour hommes et 65 pour enfants. La mutualité socialiste des dockers possède un sanatorium de 24 lits.

L'Union catholique est aussi très puissante. Elle réunit 260.000 familles, plus de 600.000 habitants. La cotisation annuelle varie de 2 fr. 40 à 5 fr. 20 selon les charges de famille. La caisse de tuberculose de cette Union possède un sanatorium pour hommes de 150 lits, à Mont-sur-Meuse, où elle envoie la plupart de ses malades. Le surplus et les femmes sont traités aux frais de la caisse dans des établissements divers, dont la plupart dépendent de la Ligue Nationale contre la Tuberculose. L'Union catholique s'occupe aussi du placement des enfants en danger de contamination familiale, en liaison avec l'Œuvre du Mont-Thabor, œuvre charitable possédant près de 3.000 lits répartis dans plusieurs sanatoriums.

Le rôle du dépistage et de la prophylaxie est laissé aux dispensaires de la Ligue Nationale, et le traitement reste entre les mains des médecins praticiens, l'Union catholique se cantonnant strictement dans son rôle financier d'assurer ses affiliés contre la tuberculose. C'est à ce rôle que s'en tiennent aussi les Unions libérale et neutre.

Aussi serait-il injuste, même dans une aussi brève revue de l'armement belge, de ne pas rendre aux œuvres privées, la place qui leur est due.

L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX BELGE

La lutte contre la tuberculose est, en fait, menée en Belgique par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, composé de représentants de l'Etat, de la Ligue Nationale Belge contre la Tuberculose, de l'Asso-

ciation Nationale Belge contre la Tuberculose et de l'Œuvre de la Protection de l'Enfance. Cette dernière, comme son nom l'indique, se propose surtout de placer les enfants débiles en préventorium. Elle possède en propre ou subventionne 51 établissements qui comprennent 7.000 lits.

L'Association Nationale se consacre exclusivement à la création et l'exploitation d'établissements de cure. Elle administre sept sanatoriums ou préventoriums avec 1.200 lits. Deux nouveaux sanatoriums (150 lits) sont en construction.

Enfin, la Ligue Nationale Belge contre la Tuberculose s'attache à tout ce qui a trait à la prophylaxie et au dépistage. Créée en 1900, cette œuvre qui n'a fait que prospérer et étendre son champ d'action, est dirigée par un comité-directeur composé de délégués des sections locales et d'un délégué du gouvernement. Elle est divisée en autant de sections que le pays comprend de provinces. Chaque section est administrée par un comité propre et se trouve divisée en un certain nombre de territoires dont chacun répond à l'activité d'un dispensaire. La Ligue possède, en outre, deux préventoriums et cinq sanatoriums, soit 800 lits de sanatoriums et 375 lits de préventoriums ; elle gère 100 dispensaires et s'occupe annuellement de 50.000 malades, convalescents ou suspects. Le service médical est assuré par environ 200 médecins et 102 infirmières-visiteuses.

Le comité-directeur répartit les fonds disponibles entre les différentes sections et publie un bulletin : *La Revue Belge de la Tuberculose*. Il s'est attaché tout particulièrement à faire de la propagande dans les milieux populaires. Les conférences publiques avec films ou projections fixes, la distribution de brochures éducatives, remises en particulier à tous les consultants des

dispensaires, l'apposition de nombreuses affiches, tels ont été les moyens employés.

Signalons encore qu'une brochure intitulée « Contre la Tuberculose » et destinée à un public instruit a été répandue à profusion, et que tous les bourgmestres en ont reçu un certain nombre d'exemplaires avec mission de les faire parvenir à tous les instituteurs de la commune.

Cette propagande semble avoir porté ses fruits, puisque le nombre des consultants des dispensaires augmente d'année en année. En 1919, 12.000 malades fréquentaient les dispensaires ; en 1922, on en comptait 28.000 ; en 1924, 42.000. Nous avons vu qu'ils atteignent le chiffre de 50.000 en 1929. Les malades vont au dispensaire spontanément, ou bien sont envoyés par les médecins praticiens, ou encore par les mutualités et autres organismes qui ont passé des conventions avec les dispensaires. L'autorité militaire transmet au Comité-Directeur de la Ligue la liste des hommes réformés pour tuberculose par les bureaux de recrutement et dirige sur les dispensaires, les militaires sortis des établissements de cure de l'armée. De même, le département de la Justice dirige sur les dispensaires correspondants à leur domicile, les détenus libérés de la prison-sanatorium de Merxplas.

Les malades justiciables de la cure sanatoriale sont placés par les dispensaires, les frais de séjour étant supportés par les mutualités, si le tuberculeux est mutualiste ; par la commission d'assistance, s'il est indigent ; par la famille en tout autre cas. L'assistance post-sanatoriale est seulement en voie d'organisation.

Lorsque le malade est incurable, il est placé à l'hôpital ou plus souvent, est soigné à domicile. Dans ce cas, il reçoit des dispensaires des secours divers : bons d'ali-

mentation, indemnités de loyers. Les crachoirs et les désinfectants sont distribués gratuitement par les infirmières-visiteuses qui enseignent à l'entourage les précautions à prendre.

De nombreux dispensaires enfin pratiquent la vaccination par le B. C. G.

Le très rapide résumé de l'organisation antituberculeuse belge que nous venons de donner, permet cependant d'apprécier l'intime collaboration des œuvres privées, de l'Etat et des mutualités qui réalisent de véritables assurances sociales. C'est au rôle des mutualités et aux modalités de leur action que nous devons songer en étudiant les applications de la législation française sur les Assurances Sociales.

Cette participation à une œuvre commune des organismes privés, des mutualités et de l'Etat semble d'ailleurs avoir permis à la Nation belge de posséder un armement antituberculeux cohérent et actif.

Aussi les résultats sont-ils favorables à tous les points de vue.

L'armement belge comprenait en effet en 1914, 24 dispensaires et 600 lits de cure sanatoriale. En 1929, il comprend 100 dispensaires, 4.000 lits de sanatorium et 7.000 lits de préventorium pour enfants.

Parallèlement la situation sanitaire s'améliore fortement. La mortalité par tuberculose qui était de 16,3 pour 10.000 en 1910 et de 15,9 en 1913, monte à 18 en 1919 par suite de la guerre, puis descend à 14,8 en 1922 ; 13,2 en 1924 ; 12,8 en 1926.

De tels résultats légitiment l'effort réalisé par les organismes belges et en particulier par les puissantes Unions mutualistes qui constituent à plus d'un titre des modèles pour nous.

CHAPITRE IV

L'Italie et l'assurance obligatoire contre la Tuberculose

Les statistiques de mortalité italienne ne remontent pas au-delà de 1887. Ce n'est en effet qu'à partir de cette date que les déclarations de décès, jusque-là limitées aux villes, ont été étendues aux campagnes. La mortalité par tuberculose de toutes formes oscille dans ce pays entre 52 et 60.000 décès par an depuis 1887, avec un faible déclin pour les dernières années, moindre d'ailleurs que celui de la mortalité générale. La mortalité par tuberculoses externes a une nette tendance vers la diminution au contraire des tuberculoses pulmonaires et méningées. Le taux de mortalité par tuberculoses de toutes formes est en 1925 de 15 pour 10.000, taux moyen, moins élevé que celui de la France et de l'Espagne, plus élevé que celui de la plupart des nations européennes.

Cet état stationnaire semble en partie lié à ce fait que ce n'est que très récemment que la lutte antituberculeuse a été considérée en Italie comme un des devoirs de l'Etat, et que les Pouvoirs publics se sont décidés à combattre le fléau.

Quelques initiatives isolées avaient permis vers la fin du siècle dernier, la construction de rares sanatoriums ; cependant ce n'est qu'en 1912 que se fonda à Rome la Ligue nationale contre la Tuberculose destinée à subventionner et grouper toutes les œuvres antituberculeuses.

Mais il faut reconnaître que jusqu'à 1914, l'armement italien fut extrêmement pauvre, l'intervention de l'Etat étant d'ailleurs inconnue. La seule mesure législative était alors la déclaration obligatoire, mesure parfaitement illusoire, car universellement inappliquée.

La guerre, en Italie comme en France, décida le gouvernement à porter l'attention sur ce grave problème. La première disposition légale date de 1917 : elle autorise les Caisses des Dépôts et Prêts, à accorder des subventions pouvant atteindre 200.000 livres pour l'aménagement de sanatoriums. Cette loi parut insuffisante, puisque deux ans plus tard, devant l'absence de réalisations, une nouvelle loi élevait largement le taux maximum de ces prêts. En même temps, on s'efforçait de créer des associations antituberculeuses provinciales, destinées à grouper les personnalités et collectivités de la Province, susceptibles de prendre part à la lutte antituberculeuse.

Mais ces associations étant facultatives, et l'initiative de leur création étant laissée aux autorités locales, elles furent peu nombreuses et peu actives.

En 1922, par ailleurs, se créait la Fédération nationale italienne fasciste pour la lutte contre la Tuberculose, visant à grouper toutes les œuvres et associations locales et les consortiums provinciaux. Cette fédération très active, commence immédiatement par dresser un bilan sincère de l'armement italien, et très rapidement, entreprend une vigoureuse campagne pour en dénoncer l'insuffisance notoire. Par ailleurs, elle commence à faire de la propagande hygiénique, dont une des principales manifestations a été la « Fête de la Fleur », afin de procurer des ressources aux œuvres antituberculeuses.

Tous les deux ans se tiennent des congrès nationaux où sont abordés d'importants problèmes scientifiques et sociaux concernant la tuberculose. En particulier, le Congrès de Naples de 1925 décide, à la suite d'un referendum auprès des associations locales, de demander d'importants crédits au gouvernement.

C'est à la suite de cette demande, que le Ministère de l'Economie Nationale, d'accord avec de nombreuses associations ou groupements, élabore un projet de loi d'assurance obligatoire contre la Tuberculose. La loi est votée le 18 octobre 1927, et doit, en plein fonctionnement, apporter 300 millions de liras par an aux œuvres antituberculeuses.

Antérieure de quelques mois, une autre loi donnait aux associations provinciales, appelées encore consortiums provinciaux, une existence légale et en rendait la création obligatoire dans chaque Province.

LA LÉGISLATION ANTITUBERCULEUSE ITALIENNE

Ces deux lois constituent donc, à l'heure actuelle, la Charte de l'armement antituberculeux italien. La lutte antituberculeuse se développe en effet en Italie, sous l'égide de deux organismes : l'un provincial, est le Consortium antituberculeux, l'autre, national, la Caisse d'Assurance obligatoire contre la Tuberculose.

La loi du 25 juin 1927 se propose, comme l'indique ses considérants « de donner aux associations provinciales antituberculeuses, la stabilité qui convient à des organismes que l'on veut voir partout s'appliquer avec efficacité à un travail d'utilité publique et ininterrompu, mais qui doivent être, en même temps, aidées de l'autorité qui, en vertu du projet en question, leur sera conférée ». Il est certain, est-il dit dans le même texte, que « l'organisation antituberculeuse existante, basée principalement sur le fonctionnement des associations provinciales, tient compte dans ses lignes générales, de l'évaluation juste des diverses énergies et des volontés locales s'appliquant à cette loi, mais dans ces conditions,

et telle qu'elle est actuellement réglée sur la base de la loi du 24 juillet 1919, elle ne répond pas au but d'une façon efficace : c'est ainsi que le fonctionnement, digne d'éloges de plusieurs associations, est plutôt attribué à des activités privées, qu'à l'efficacité effective des organismes des associations ».

En un mot, coordonner les initiatives privées, et remettre la haute direction de la lutte antituberculeuse, entre les mains de l'Etat, tel est le but de cette loi ; et ce n'est pas sans raisons que nous avons donné d'assez longs extraits de ses considérants ; nous aurons, en effet, ultérieurement à nous demander, si la situation n'est pas sensiblement analogue en France, et si les textes législatifs italiens ne nous apportent pas de très intéressantes suggestions quant aux modifications à apporter à l'armement antituberculeux de notre pays.

Quoiqu'il en soit, la création d'une association ou *Consortium* provincial, est rendue obligatoire pour chacune des quatre-vingt-douze provinces italiennes. L'association provinciale a la personnalité morale ; elle est régie par des statuts spéciaux.

Son rôle est quadruple.

Elle doit d'abord encourager et faciliter l'institution d'œuvres antituberculeuses, dans le cadre de la province. A cet effet, l'association peut passer des conventions avec les consortiums voisins, en vue de la création, ou du fonctionnement, d'œuvres antituberculeuses inter-provinciales.

Elle doit, en second lieu, coordonner et réglementer le fonctionnement des organismes existant dans la province, et signaler au préfet, les irrégularités éventuelles ou les imperfections des mesures adoptées.

Elle doit veiller encore à la protection et à l'assistance sanitaire et sociale des tuberculeux, proposant au préfet

les mesures nécessaires, afin d'utiliser d'une façon rationnelle, les ressources des institutions locales.

Enfin, elle doit se joindre, par ses propres moyens, à l'action des institutions antituberculeuses et, le cas échéant, se substituer à elles, dans l'exécution des mesures urgentes.

Font obligatoirement partie de l'Association provinciale la Province, toutes les communes qui la composent, ainsi que les entités publiques qui, totalement ou en partie, exercent dans la province, une action antituberculeuse. Peuvent en outre adhérer, sur leur demande, les œuvres de charité, les institutions publiques et les associations syndicales légalement reconnues, ainsi que les associations privées, les institutions de Prévoyance ou d'Assurance, enfin les entreprises financières, industrielles ou commerciales, qui déploient leur activité dans la province.

Les ressources sont composées de contributions financières de tous les organismes adhérents au Consortium provincial, contributions dont le taux est fixé par les statuts mêmes de l'Association. Chaque année, le budget est adressé, aux fins d'approbations, à la Préfecture, qui le transmet au Ministère de l'Intérieur.

Le Consortium est administré par une commission exécutive de neuf membres, dont le président est le Président de la Députation provinciale ; la vice-présidence est assurée par un membre du Conseil provincial d'Hygiène, en général un médecin ; fait en outre partie de la commission, le médecin de la Province (qui joue, en Italie, un rôle analogue à celui de nos inspecteurs départementaux d'hygiène).

Ainsi, l'Association provinciale est un organe de direction, de surveillance, de coordination. Dépendant

directement du préfet, et par lui, du Ministère de l'Intérieur, elle est le pivot de la lutte antituberculeuse, dans le cadre de la Province.

L'ASSURANCE OBLIGATOIRE CONTRE LA TUBERCULOSE

Mais, malgré les avantages financiers dont bénéficient les Associations provinciales, il est apparu comme nécessaire au législateur italien, de créer des ressources permanentes, grâce à l'Assurance contre la Tuberculose, rendue obligatoire pour certaines catégories de citoyens, par le décret-loi royal du 18 octobre 1927.

L'assurance contre la tuberculose est obligatoire pour les personnes des deux sexes, salariées, qui ont atteint l'âge de 15 ans et n'ont pas dépassé celui de 65 ans, et qui entrent dans le cadre de l'Assurance contre l'Invalidité et la Vieillesse.

Sont en outre assurés, les agents et employés de l'Etat, des provinces et des communes et les gens de mer, assurés à la Caisse des Invalides de la Marine marchande.

Or, les salariés inscrits aux caisses invalidité et vieillesse, sont au nombre de 7 millions environ, les employés de 1 million environ ; la nouvelle assurance recueillerait donc les cotisations de 8 millions de travailleurs, 5.600.000 hommes et 2.400.000 femmes. On évalue, en outre, à 14 millions, les personnes constituant les familles des assurés. L'assurance obligatoire contre la Tuberculose doit donc, en Italie, porter sur un total de 22 millions d'habitants, plus de la moitié de la population italienne.

La cotisation est bi-mensuelle et s'élève à une lire, mi-partie à la charge de l'assuré, mi-partie à la charge

de l'employeur, pour tout salaire journalier ne dépassant pas huit lires. Elle s'élève à 2 lires, pour tout travailleur dont le salaire journalier atteint ou dépasse 8 lires, dans les mêmes conditions.

L'Assurance se propose de pourvoir au placement en sanatorium ou à l'hôpital, des assurés ou des membres de leur famille (femme, enfants, collatéraux de moins de 15 ans à leur charge), reconnus tuberculeux. En cas d'admission, l'assuré reçoit en outre, s'il est chargé de famille, une indemnité journalière de 4 à 6 lires, selon la classe à laquelle il appartient. Lorsque le placement dans une institution hospitalière est impossible, faute de place ou pour toute autre raison, les assurés ont droit à l'indemnité journalière et aux soins médicaux gratuits.

Les cotisations sont versées à une caisse autonome.

Dès l'application de la loi, la Caisse nationale des Assurances pourvoit à la construction et à l'aménagement des établissements de cure, en avançant les sommes nécessaires, dont elle se rembourse sur les produits de l'assurance aux tuberculeux, dans une période qui ne doit pas dépasser vingt ans.

On évalue à 300 millions de lires, les dépenses de construction à faire dans les dix premières années, pour atteindre 20.000 lits.

La loi du 18 octobre 1927 est entrée en application en 1929, et les résultats financiers n'ont pas encore été publiés. Mais on a déjà constaté que sur les 8 millions d'assurés prévus, plus du tiers a échappé aux obligations légales. On évalue cependant que la Caisse nationale est en mesure de disposer d'une somme de 100 millions de lires, pour construire des sanatoriums, établis suivant un type standardisé, dont les modèles viennent d'être

approuvés par le Conseil Supérieur de la Santé Publique.

Signalons qu'à cet effet, une station d'études pour la construction et l'aménagement des sanatoriums, fonctionne à Portafurba, depuis quelques mois. On y étudie, d'une façon expérimentale, les problèmes du chauffage, de l'ameublement et de l'éclairage.

Du 1^{er} janvier 1929 au 30 avril 1930, les actes d'assistance effectués au titre de l'assurance obligatoire contre la tuberculose, s'élèvent à 30.000. Le nombre des assistés en traitement était, à ce dernier jour, de 15.000.

Or, le total des lits disponibles n'était que de 9.000 environ : un tiers des ayant-droits devait donc se contenter d'un traitement à domicile.

Mais, en fin 1930, aux 8.956 lits disponibles, doivent s'ajouter bientôt : 3.100 lits de sanatoriums, en cours de construction ; 2.800 lits de sanatoriums, dont les plans sont définitivement arrêtés. On espère achever en cinq ou six ans la majeure partie du programme établi, et supprimer ainsi les cures à domicile.

Par ailleurs, on s'est rapidement rendu compte des inconvénients causés par l'absence de liaison organique, entre la Caisse nationale d'Assurances et les Consortiums provinciaux. Divers arrêtés ministériels reconnaissent la nécessité de cette collaboration, sans toutefois indiquer le rôle respectif de ces organismes, dans la création et le fonctionnement des diverses œuvres antituberculeuses.

Aussi, ce problème a-t-il été discuté longuement, au dernier Congrès de l'Association italienne contre la Tuberculose.

Le Professeur SAGONA, dans son rapport, a parfaitement défini le rôle respectif du Consortium et de l'Assurance. Selon lui, l'Association provinciale doit limiter

son effort à la création et au fonctionnement d'une vaste réserve de dispensaires, afin d'assurer le dépistage des tuberculeux, le contrôle des traitements ambulatoires, le placement dans les établissements de cure, et la préservation de l'enfance.

A l'Assurance incombe l'ensemble des mesures relatives à la fonction d'assistance des assurés. Elle doit aussi tendre à créer des lits de sanatorium en grand nombre, afin d'éviter cette situation fâcheuse de ne pouvoir isoler des malades contagieux du foyer familial, faute de places.

Enfin, avec d'autres auteurs, SAGONA souhaite qu'une Commission centrale étudie et coordonne les attributions des diverses institutions d'hygiène, d'assistance publique et d'assurance sociale.

Question de mise au point, à tout prendre, et qui n'invalide en rien la justesse des mesures prises dans les deux textes de la loi que nous venons d'analyser.

Ces lois constituent, en effet, une base à l'armement antituberculeux italien, qui ne peut être comparée à celle d'aucune autre nation. Si leur application trop récente, ne permet pas encore de juger des réalisations, il est permis de croire cependant que, grâce à elles, l'armement italien sera, d'ici quelques années, un des premiers au monde.

La loi sur l'assurance sociale contre la tuberculose n'est d'ailleurs que le premier élément d'une vaste législation d'assurances, qui doit, de l'aveu même du gouvernement italien, s'étendre prochainement aux autres risques sociaux, pour une grande partie de la population ouvrière de ce pays.

Cette nation nous confirme que l'application des assurances sociales n'est pas la conséquence des prin-

cipes politiques de tel ou tel gouvernement : les assurances sociales apparaissent comme une nécessité, pour un Etat industriel. Et c'est ce qui explique que les nations industrielles, Angleterre, Allemagne, aient été les premières à se lancer dans cette voie. L'Italie et la France, dont l'industrie s'est développée plus tard, sont dans l'obligation de s'adapter aux conditions nouvelles, et de réaliser, dans l'intérêt bien compris de la collectivité, la protection des travailleurs.

CHAPITRE V

L'Allemagne et les Assurances Sociales

L'Allemagne a été une des premières nations à organiser la lutte antituberculeuse. Si le premier sanatorium fut construit dès 1870, par BRETHMER, en Silésie, et si quelques initiatives privées datent de cette époque; ce sont les Assurances Sociales qui ont imprimé à la lutte antituberculeuse, une impulsion sans cesse accrue.

Les lois d'Empire sur les Assurances Sociales (1885-1889), permirent, en effet, la construction de nombreux sanatoriums populaires : il y en avait déjà 80, en 1900, avec 20.000 lits (ce que possède la France, à l'heure actuelle).

C'est en cette même année 1900, que le Comité Central de Défense contre la Tuberculose (*Central Komite zur Bekämpfung der Tuberculose*), entreprit une campagne de propagande éducative, parallèlement à l'édification de nouveaux établissements de cure.

Beaucoup plus tard, après la guerre, apparurent dans la plupart des Etats allemands, les mesures légales concernant la tuberculose ; et la prophylaxie et le dépistage furent organisés de façon rationnelle, par la création de nombreux dispensaires.

Ayant eu récemment l'avantage, grâce à la Section d'Hygiène de la Société des Nations, d'étudier sur place l'armement antituberculeux allemand, nous avons pu en admirer la puissance et la diversité. D'ailleurs, la lutte contre la Tuberculose en Allemagne est souvent malaisée à comprendre dans toute sa complexité, par suite de la décentralisation administrative et même législative, qui rend chacun des Etats allemands à peu près indépendant, si bien que l'organisation antituber-

culeuse procède de lois générales, dites lois d'Empire, puis de lois promulguées par les Etats. Nous étudierons succinctement les unes et les autres.

LA LÉGISLATION ALLEMANDE

La législation d'Empire comprend deux lois qui, d'ailleurs, dépassent largement le cadre de la lutte anti-tuberculeuse, et traitent, en fait, de la santé publique en général.

La première de ces lois n'est autre que la loi sur les Assurances Sociales. Constituant une vaste législation, actuellement condensée dans le Code des Assurances Sociales du 15 décembre 1924, les Assurances Sociales allemandes sont obligatoires pour tous les individus accomplissant un travail rémunéré en qualité d'ouvriers, d'employés ou d'artisans, sans limites maxima de revenu.

La plupart des caisses font bénéficier des mêmes avantages les familles des assurés, si bien qu'environ 40 millions de personnes au moins bénéficient des prestations de l'assurance maladie légale, soit plus des trois-cinquièmes de la population allemande. Les branches maladie et invalidité permettent aux assurés de se traiter contre la tuberculose : la première assurant les soins pendant treize semaines consécutives, la seconde prenant en charge les traitements de longue durée.

La seconde de ces lois est l'ordonnance du Reich, sur la prophylaxie obligatoire, créant des bureaux d'assistance et de prévoyance sociales, chaque pays fixant la composition et les attributions précises de ces bureaux. Leur rôle principal est de pourvoir à l'assistance des malades ne bénéficiant pas des assurances sociales, et de

créer une coordination entre les divers organismes poursuivant un but commun.

En ce qui concerne la lutte antituberculeuse proprement dite, il n'existe pas encore, en Allemagne, de législation applicable à tout le Reich ; chaque Etat a gardé, sur ce point, une complète indépendance, en attendant que, dans un avenir prochain, et conformément aux vœux du Reichstag et du gouvernement, soit promulguée une législation uniforme.

La lutte antituberculeuse s'appuie donc, actuellement surtout, sur des lois relatives à la déclaration obligatoire. Voici, à titre d'exemple, l'économie de la loi prussienne : la déclaration est limitée aux cas contagieux ; elle est de règle pour les décès et les changements de domicile. Cette déclaration a pour conséquences, la prise de mesures de désinfection. Certaines de ces lois d'Etat, plus complexes, édictent des règles d'ordre prophylactique et énoncent des mesures de prévoyance, en matière d'hygiène publique.

Là se limite l'édifice législatif qui régit la lutte antituberculeuse. Très complexe, en ce qui concerne les Assurances sociales, il a permis le magnifique développement de l'armement allemand.

L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX DU REICH

Lorsqu'en 1895, la loi des Assurances Sociales eut, en effet, constitué une base pour la lutte méthodique contre la tuberculose, le gouvernement d'Empire se préoccupa de réunir les organismes intéressés et notamment les autorités sanitaires et les représentants des caisses. Ainsi fut créé le Comité Central de Défense contre la Tuberculose, dont l'importance et les attributions

s'accrurent chaque année, et qui réunit actuellement des représentants du gouvernement et des assemblées législatives, des organes d'assurances, du corps médical, des œuvres philanthropiques et des groupements féminins, ainsi que des délégués des employeurs et des employés. Un certain nombre de commissions techniques, réunissant les spécialistes les plus qualifiés, sont adjointes au Comité.

Le Comité Central, dont le Secrétaire Général, le Docteur HELM, a bien voulu nous exposer l'activité, est secondé par des organismes locaux, répartis sur tout le territoire du Reich. Il a pour rôle d'encourager et de développer toutes les institutions préventives ou thérapeutiques pour tuberculeux ; il publie des brochures de propagande et des documents de toutes sortes. Il tient, chaque année, un congrès, où se traitent des questions d'actualité, d'ordre scientifique et social.

Le Comité Central s'est aussi efforcé d'encourager la création, dans les divers Etats, de syndicats groupant tous les organismes participant à la lutte contre la tuberculose.

LES UNIONS VOLONTAIRES D'ACTION COMMUNE

Les organisations de prévoyance sociale, agissant isolément, se sont aperçues, en effet, que toute absence de collaboration était néfaste à la réalisation d'une œuvre, dont l'importance était sans cesse croissante. On a donc reconnu qu'il fallait, pour chaque région, confier la direction de la lutte contre la tuberculose, à un organisme unique. En 1926, le Ministère de l'Intérieur du Reich publiait des directives établies par le Comité Central allemand de Défense contre la Tuberculose, et

inspirées, en grande partie, par les débats du Congrès de l'Union Générale des Caisses-Maladie allemandes, qui se tint en 1925, à Aix-la-Chapelle. Une nouvelle édition, développée, de ces directives, a été publiée par le Ministère de l'Intérieur du Reich, en février 1929. Elle recommande, et indique les modalités de constitution et d'action de comités volontaires d'action commune, chargés pour un territoire donné, de tout ce qui concerne la lutte contre la tuberculose.

Nous avons pu, au cours de notre voyage, observer l'action de quelques-uns des Comités déjà constitués, voir leur fonctionnement et leurs réalisations, et constater qu'une unité de vues et d'action était, en effet, nécessaire, pour obtenir des résultats de quelque valeur.

A Hambourg, par exemple, la lutte antituberculeuse est confiée à l'Union nationale hambourgeoise pour l'Hygiène populaire, dont le budget s'est élevé, en 1925, à plus de 700.000 RM (près de 4 millions de francs). Cet organisme reçoit des subventions de la Ville, des caisses d'invalidité et de maladie, des œuvres privées. Il se charge de l'organisation des dispensaires antituberculeux, du placement des malades et de l'entretien des établissements de cure. En un mot, toutes les œuvres publiques ou privées hambourgeoises s'en remettent à lui, pour tout ce qui concerne, non seulement le traitement, mais la prévention de la tuberculose.

A Cologne, nous avons vu l'Office d'Hygiène municipal ; à Nüremberg, l'Union contre la Tuberculose (affiliée à l'Union bavaroise contre la tuberculose), fonctionner de façon sensiblement analogue.

Il ne nous appartient pas de dire ici, comment se répartissent les charges, quel est l'organisme qui supporte les frais d'hospitalisation dans tel ou tel cas : ce que nous pouvons dire, c'est qu'actuellement, dans les

régions que nous avons visitées, les tuberculeux indigents sont tous pris en charge par la société, et leurs familles secourues.

Tel est, résumé en quelques mots et simplifié à l'extrême, car la réalité est beaucoup plus complexe, du fait de la diversité administrative et territoriale de l'Allemagne, l'organisation de l'armement allemand. Il nous reste à en étudier les réalisations.

LA PROPHYLAXIE ET LE DÉPISTAGE

Tout d'abord, les organismes intéressés à la lutte antituberculeuse se sont attachés, avec cette tenacité, avec cette minutie qui caractérise nos voisins d'outre-Rhin, à faire l'éducation du public et à répandre des idées simples et claires sur la tuberculose. Les administrations, les organes d'assurance et les œuvres d'assistance bénévoles, prennent une part égale à cette œuvre de propagande. Et cet effort n'est pas sans représenter, pour le voyageur, un des côtés les moins intéressants de l'armement antituberculeux allemand. Nous eûmes, durant notre voyage, maintes fois l'occasion d'observer l'ingéniosité et la diversité des procédés employés. Les caisses d'assurances, en particulier, dans un but de prévention bien comprise, et en raison de leurs nombreux contacts avec la population, ont une situation privilégiée pour mener à bien ce vaste travail d'éducation. Elles n'ont, pour la plupart, pas failli à leur tâche : distribution de tracts, de brochures ; organisation de conférences, de séances cinématographiques ; expositions, semaines de santé ; extrême diffusion de l'hebdomadaire journal de vulgarisation *Gesundheit* (Santé), par l'Union centrale des Caisses-maladie, tels sont les moyens les plus communément employés.

Enfin, à tous les degrés, est prévu un enseignement complémentaire, en vue de former des spécialistes en matière de tuberculose. Pour les médecins, des cours spéciaux sont organisés dans la plupart des facultés, avec succès, puisqu'on évalue à environ 6.000, le nombre des médecins qui suivent, chaque année, un cours complémentaire de phtisiologie. De même, de nombreuses écoles d'infirmières s'attachent, par un enseignement approprié, à former des infirmières plus particulièrement aptes à soigner les tuberculeux.

Dernier trait, digne de remarque, l'hygiène est matière obligatoire d'enseignement et d'examen, dans les écoles d'instituteurs depuis la guerre. Des cours de perfectionnement d'hygiène sont organisés, chaque année, pour les membres du corps enseignant.

Outre l'éducation, le dépistage est devenu, depuis quelques années, une des principales préoccupations des autorités sanitaires allemandes. Nous avons noté, en considérant rapidement l'historique de la lutte anti-tuberculeuse, que les dispensaires ont fait tardivement leur apparition dans le Reich. Mais ils se sont développés avec une extrême rapidité. Conçus selon des types très divers, ils prennent le nom de centres d'assistance aux tuberculeux (*Tuberkulose Fürsorgestellen*) et sont administrés, soit par les communes, soit par les caisses d'assurance maladie ou invalidité, soit par des associations de bienfaisance. Leur nombre exact n'est pas connu. Treize cents environ ont répondu, en 1927, à une enquête du Comité central. Près d'un tiers opérait dans les districts ruraux ; plus des deux-cinquièmes, à la fois dans les districts urbains et ruraux ; 65 % d'entre eux, environ, possédaient un appareil de radioscopie ; presque tous recevaient des subsides des autorités ; 2.044 médecins, ne faisant, pour la plupart, pas de clientèle,

et 5.524 infirmières en assuraient le fonctionnement ; 227 examens médicaux avaient été effectués, cette même année, par 10.000 habitants dans les dispensaires du Reich. Parmi les personnes subissant un premier examen, près d'un tiers était atteint, et plus de deux-cinquièmes, suspects de tuberculose.

Voici, à titre d'exemple, le fonctionnement brièvement résumé, des dispensaires de la ville de Berlin, tel que nous les avons vus fonctionner. Chaque dispensaire répond à un des quartiers de la Ville, au nombre de quarante. La déclaration des cas de tuberculose ouverte et des décès, rendue obligatoire par la loi prussienne, est reçue par les dispensaires antituberculeux, qui envoient leurs infirmières visiteuses faire une enquête à domicile. Les infirmières s'efforcent, à condition que le médecin traitant soit consentant, d'amener les membres de la famille du malade ou du décédé, au dispensaire. Elles y réussissent le plus souvent (dans 80 % des cas, dans le quartier ouvrier de Pankow). Le dispensaire, après examen, oriente les malades, selon les cas, vers les sanatoriums, les maisons de repos ou les offices de logement à bon marché. Il peut encore accorder des secours pécuniaires immédiats aux malades indigents.

Pour nous résumer sur les caractéristiques des dispensaires allemands, on peut distinguer une tendance à confier ces dispensaires à des médecins spécialistes, ne faisant pas de médecine privée ; à les doter d'appareils de radioscopie et de pneumothorax. Enfin, on s'efforce d'uniformiser les règles de fonctionnement de ces dispensaires et de les obliger, sous peine de se voir refuser des subventions officielles, à faire parvenir, chaque année, un rapport au Comité central de Défense contre la Tuberculose.

LES ÉTABLISSEMENTS DE CURE

Tous ces dispensaires sont en relations étroites avec les établissements de cure qui, par leur nombre et par leur importance, font à juste titre, l'orgueil des hygiénistes allemands.

Les sujets menacés de tuberculose sont surtout admis dans des maisons de repos ; de même, les enfants sont envoyés dans des préventoriums, des écoles de forêts, des foyers de jour. Les tuberculeux guérissables sont envoyés en sanatorium, ou dans des services hospitaliers spéciaux. Les incurables sont surtout reçus dans des hôpitaux pour tuberculeux. Avant-guerre, et récemment encore, on avait tenté d'ouvrir des foyers pour incurables, mais ces établissements n'ont pu être maintenus, parce que la population avait conçu, contre eux, une forte répugnance, causée par la mortalité naturellement très élevée des malades qui y étaient hospitalisés ; ils furent, en conséquence, affectés à d'autres fins.

Les hôpitaux appartiennent, en général, aux communes, tandis que les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires sont la propriété des instituts d'assurance-invalidité des Etats. Les maisons de convalescence appartiennent, en grande partie, aux caisses d'assurances-maladie et aux fédérations de ces caisses. Enfin, les communes, les organes d'assurances et les sociétés d'assistance bénévole ont contribué à la création d'établissements, appelés stations de jour, pour la semi-hospitalisation des tuberculeux, et dont nous avons vu un très bel exemple dans la banlieue de Berlin.

Quoiqu'il en soit, c'est un sujet d'admiration pour le voyageur, que le nombre et l'importance des établis-

ments de cure allemands. Répétons-le : ce fut la loi des Assurances Sociales qui permit la réalisation de ce puissant mouvement en faveur de la création de stations de toutes sortes. Admirateurs et détracteurs des Assurances Sociales se mettent, pour une fois, d'accord sur ce point. Voici l'opinion du Docteur LIECK, de Dantzig, qui, dans son ouvrage *Les Méfaits des Assurances Sociales*, apparaît comme un adversaire résolu du système allemand. Le Docteur LIECK écrit cependant : « On peut, sans hésitation, permettre à n'importe qui, de visiter nos superbes hôpitaux, les sanatoria pour tuberculeux, les maisons de repos, etc... Seul, un fou ou un être malfaisant pourra contester les progrès remarquables faits en Allemagne, depuis l'application du code des Assurances Sociales. » Nous n'avons pas eu, pour notre part, à juger des progrès de l'Allemagne depuis le fonctionnement des Assurances, mais nous avons pu constater l'évidente supériorité d'un pays où les Assurances Sociales fonctionnent, sur un pays où elles ne fonctionnent pas.

Voici quel était, en janvier 1929, l'état de l'armement antituberculeux allemand :

Sanatoriums p ^r tuberculeux pulmonaires..	193 avec 21.133 lits
Stations p ^r enfants de toutes catégories..	415 avec 33.000 lits
Maisons de convalescence	31 avec 1.463 lits

Ajoutons 200 stations de repos en forêt, 35 écoles de forêts pour enfants, et 494 services hospitaliers, réservés à des tuberculeux.

Or, l'armement français comporte environ 20.000 lits, dont 10.000 à peine pour adultes. Il faut évaluer qu'en France, il y a un lit de tuberculeux pulmonaire pour 6.000 habitants ; en Allemagne, il y en a un pour 3.000

habitants. On peut juger, par ce simple fait, de la puissance de l'armement allemand.

Les autorités sanitaires s'efforcent, d'ailleurs, de créer un nombre toujours plus grand de services hospitaliers pour tuberculeux, afin de limiter la contamination par les abondants cracheurs de bacilles, à la période terminale de leur maladie. C'est ainsi, qu'en 1919, 111.484 décès par tuberculose sont déclarés ; 22.516, soit 19,6 % seulement, par les hôpitaux. En 1926, 52.631 décès par tuberculose sont déclarés, dont 14.324 par les hôpitaux, soit 27,2 %. A Cologne, où la lutte antituberculeuse est particulièrement active, près de 50 % des décès par tuberculose ont lieu dans les hôpitaux.

Nous avons eu l'avantage de visiter longuement plusieurs de ces sanatoriums populaires, et quelques hôpitaux pour tuberculeux.

Les sanatoriums ne sont pas, comme en France, considérés comme des établissements organisés presque uniquement pour la cure hygiéno-diététique. Ce sont des centres médico-chirurgicaux pour tuberculeux de toutes catégories. C'est-à-dire que l'on accueille, dans ces établissements, non seulement des phtisiques, mais encore des tuberculeux osseux ou ganglionnaires. A côté de la cure d'air et de repos, la thérapeutique y joue un rôle primordial, et surtout la collapsothérapie, avec toutes ses variantes. Presque tous comprennent, parmi leur personnel, un ou plusieurs chirurgiens, qui pratiquent non seulement la chirurgie ostéo-articulaire, mais encore la chirurgie pulmonaire, car l'école phtisiologique allemande, beaucoup plus interventionniste que l'école française, pratique avec une grande fréquence, thoracoplasties, plombages, phrénicectomies et opérations de Jacobeus.

Enfin, ces établissements sont, en général, très vastes et constituent de véritables petites villes.

C'est ainsi que les établissements de Beelitz, qui appartiennent à l'Institut d'Assurances-invalidité de Berlin, comprennent 1.400 lits, dont 900 pour tuberculeux pulmonaires ; nous avons été frappé par le confort et l'aspect coquet des bâtiments, disséminés dans un bois de pins ; nous avons pu admirer aussi, sous l'aimable conduite du Docteur KLEMER, la perfection technique des services radiologiques et chirurgicaux.

De même, le sanatorium de Sommerfeld, propriété de la ville de Berlin, et situé à une cinquantaine de kilomètres de cette ville, répond à la formule sanatorium-hôpital. Il hospitalise 420 malades, dont 100 osseux. Ce dernier établissement est, en outre, un important centre de recherches scientifiques, sous la haute direction du Professeur ULRICI, qui nous a réservé le meilleur accueil et nous a permis de visiter longuement la parfaite organisation des salles chirurgicales, des salles de radiologie et des laboratoires.

Mais, pour en revenir au rôle du sanatorium populaire allemand, il nous faut noter, comme principale caractéristique, la faible durée du séjour. Nous avons été maintes fois étonné, en apprenant que le séjour moyen de tel sanatorium, variait de trois à six mois, au maximum. A cela, nous avons cru pouvoir distinguer deux causes, à la fois d'ordre scientifique et social. La plupart des sanatoriums populaires sont la propriété d'Instituts d'Assurances-invalidité, dont le but est, d'une part, de verser une rente aux vieillards et aux invalides, d'autre part, d'essayer de prévenir l'invalidité, par une politique sanitaire appropriée. Ils ne s'occupent donc,

en principe, que des malades qui peuvent récupérer leur capacité fonctionnelle et sociale.

Pour répondre à ce but, le sanatorium doit être avant tout, un établissement de cure précoce et d'éducation des malades. Il recevra, certes, beaucoup de tuberculeux avérés, mais aussi nombre de prétuberculeux : travailleurs présentant des sommets suspects ou des tractus hilaires anormaux et qui subissent un léger fléchissement de leur état général, femmes ayant eu jadis une atteinte pulmonaire et qui sont fatiguées par un ou plusieurs accouchements consécutifs, adolescents à la période de la puberté, etc... Après trois mois de repos, ces sujets sont lancés à nouveau dans la circulation.

Quant à ceux que l'école française considère comme des vrais tuberculeux, c'est-à-dire des sujets présentant une lésion nette d'un ou des deux poumons, avec bacilles dans les crachats, ils sont envoyés au sanatorium dès le début, un pneumothorax est immédiatement tenté, souvent bilatéral d'emblée. Lorsque cette intervention réussit sans complications, le malade est renvoyé chez lui, éduqué. Il bénéficie encore, pendant plusieurs semaines, des prestations de l'assurance et peut reprendre son travail, après une interruption de six à douze mois, dont trois passés en sanatorium.

Lorsque le pneumothorax, par contre, ne donne pas l'amélioration désirée, on procède, sans retard, à des opérations plus complexes, section de brides ou thoracoplastie. Si, dans un délai de six mois, le résultat est médiocre ou mauvais, le malade est considéré comme perdu pour la société : c'est un invalide ; il est renvoyé chez lui ou à l'hôpital et touchera, jusqu'à la fin de ses jours, les subsides de l'Assurance-invalidité.

Telle est la conception des dirigeants des Assurances Sociales et des milieux médicaux allemands. Conception

éminemment utilitaire, on le voit, qui sacrifie systématiquement les incurables, et ne vise qu'à éviter l'invalidité définitive des assurés frappés de tuberculose. Il faut reconnaître, en toute justice, que cette conception a donné d'indiscutables résultats. Non pas tant, d'ailleurs, parce que la récupération de la capacité de travail, même à grands frais, réalise une économie bien comprise pour les Instituts d'assurances, que parce que ce système permet l'éducation et le traitement très précoce d'un grand nombre de malades. Nous aurons, du reste, à approfondir cette question, en traitant de l'armement alsacien-lorrain. Quoiqu'il en soit, il est juste d'ajouter qu'en raison du nombre des lits, une tendance se dégage actuellement de garder de plus en plus longtemps les malades, et qu'enfin, des sanatoriums-hôpitaux, nouvellement construits, s'efforcent de recueillir les incurables en grand nombre, afin de tarir les sources de contagion.

LA PROTECTION DE L'ENFANCE

C'est dans le même esprit utilitaire que la protection de l'enfance a été organisée avec un soin tout particulier. Les préventoriums, les colonies d'enfants, les écoles de forêts ne se comptent plus. Par contre, il n'existe pas à notre connaissance, de placement familial, type LÉON BERNARD, pour nourrissons, ou GRANCHER, pour la deuxième enfance.

Le dépistage est fait en liaison avec l'inspection médicale des écoles, partout pratiquée dans le Reich. C'est à Cologne, que nous avons observé l'effort le plus systématique, en faveur d'un dépistage précoce de la tuberculose chez les écoliers.

Dans cette ville, tous les enfants des écoles sont

examinés au moins une fois par an, par les médecins municipaux. Ceux-ci recherchent systématiquement les cas de tuberculose, grâce à la réaction à la tuberculine. Lorsque celle-ci est positive, l'enfant est envoyé au dispensaire antituberculeux, où il est soigneusement examiné et radiographié, cependant qu'une infirmière-visiteuse fait une enquête à domicile. Ainsi, presque toutes les familles de tuberculeux sont connues à Cologne, et la lutte contre ce fléau en est grandement facilitée. Si l'enfant a besoin de soins, les frais sont supportés par l'Union des Caisses-maladie de Cologne et, éventuellement, par l'Institut d'Assurance-invalidité de la Province rhénane.

Les enfants débiles sont envoyés préventivement au bord de la mer ou à la campagne, pendant six à huit semaines. Le dixième au moins de la population scolaire de Cologne est ainsi envoyé gratuitement chaque année ; les dépenses étant mi-partie à la charge de la ville, mi-partie à la charge des caisses.

A titre prophylactique encore, la municipalité a organisé des repas gratuits, servis dans les écoles : l'Union des Caisses-maladie de Cologne subventionne largement cette œuvre.

LES RÉSULTATS

Telle est l'organisation antituberculeuse allemande. Fruit d'efforts répétés et de recherches incessantes, cette organisation complexe, massive, a rendu de précieux services, mais elle a nécessité des dépenses considérables. Les budgets du Reich, des Etats, des villes, des organes d'Assurance, des œuvres privées, ont participé à la tâche commune. Les résultats légitiment-

ils de telles dépenses ? Une rapide étude des taux de mortalité par tuberculose va nous en convaincre.

Voici les chiffres officiels de mortalité par tuberculose (toutes formes), dans les villes allemandes de plus de 15.000 habitants :

En 1914, mortalité par tuberculose,	16,1	pour	10.000	habitants
En 1915, — — — — —	17,2	—	—	—
En 1916, — — — — —	18,8	—	—	—
En 1917, — — — — —	26,4	—	—	—
En 1918, — — — — —	30,0	—	—	—
En 1919, — — — — —	26,4	—	—	—
En 1920, — — — — —	18,0	—	—	—
En 1921, — — — — —	15,7	—	—	—
En 1922, — — — — —	16,7	—	—	—
En 1923, — — — — —	17,8	—	—	—
En 1924, — — — — —	13,8	—	—	—
En 1925, — — — — —	10,9	—	—	—
En 1926, — — — — —	9,9	—	—	—
En 1927, — — — — —	9,4	—	—	—
En 1928, — — — — —	8,8	—	—	—

Cette statistique appelle quelques commentaires. Elle traduit, en premier lieu, l'incontestable rôle des facteurs économiques sur la mortalité par tuberculose : la très forte mortalité des dernières années de la guerre s'explique, en effet, par l'influence de la famine et de la misère ; influence qui réapparaît en 1922 et 1923, années d'inflation et de crise économique.

Mais cette statistique montre encore la rapidité de la diminution de ce taux de mortalité par tuberculose, telle qu'en quatre ans, cette mortalité a diminué de plus de 50 %, et que l'Allemagne, classée jusqu'alors parmi les nations à mortalité par tuberculose moyenne, passe désormais dans la catégorie des nations à faible mortalité par tuberculose.

Pour arriver à de tels résultats, il a fallu, afin d'éviter la dissémination du bacille, isoler les contagieux et repérer précocement les cas nouveaux. Car, si les tuber-

culeux de guerre ont, pour la plupart, disparu au cours des années 1917, 1918, 1919 et 1920, ils n'en constituaient alors pas moins des sources de contagion, contre lesquelles il fallait se protéger. L'effort sanitaire allemand y est en partie arrivé, et il est à croire que ses méthodes ont été plus efficaces que les méthodes françaises, puisque la mortalité par tuberculose, en 1926, était de 9,8 en Allemagne, alors qu'elle atteignait encore 17,23 en France. De là à émettre l'hypothèse que le système sanitaire allemand est supérieur au système français, il n'y a qu'un pas. Et lorsqu'on sait la part prépondérante des institutions d'assurances sociales dans le cadre général de l'organisation sanitaire allemande, on est tout naturellement amené à conclure que les Assurances Sociales constituent une arme précieuse pour lutter contre les fléaux sociaux.

LE ROLE DES ASSURANCES SOCIALES

Insistons seulement sur deux points particuliers. Tout d'abord, il nous semble qu'il y a lieu de faire justice de cette théorie, d'après laquelle l'assistance serait d'un rendement supérieur à l'assurance. On oublie trop que les Assurances s'adressent à une population privée de ressources et, que le fait d'envoyer le chef de famille à l'hôpital et de le soigner gratuitement, ne protège pas les siens de la misère.

Les caisses d'assurances allouent, aux malades, des allocations proportionnelles aux charges familiales, et qui, en Allemagne, peuvent, dans certains cas, atteindre près des deux-tiers du salaire moyen. Ainsi est évitée la misère au foyer familial ; ainsi les malades acceptent plus facilement l'hospitalisation ou l'envoi en sanato-

rium, car ils savent qu'ils laissent les leurs à l'abri du besoin.

D'autre part, le système des Assurances Sociales, en instituant des examens apparemment gratuits pour les assurés, invite ainsi ceux-ci à venir plus souvent consulter le médecin. Bien qu'il y ait, de ce fait, d'incontestables abus, les avantages sont cependant réels. Car, cependant que dans un pays où les assurances sociales ne fonctionnent pas, le médecin est souvent appelé trop tard au chevet du patient, l'assuré, lui, est examiné précocement et traité dès le début de son affection.

Cette généralisation d'un prompt traitement, surtout en ce qui concerne des maladies comme la tuberculose, constitue encore un des meilleurs moyens de lutte mis entre les mains des médecins.

Par ailleurs, le Code des Assurances Sociales allemand contient, fort judicieusement, un article qui stipule que les ressources des caisses d'assurances peuvent être affectées à la prophylaxie des malades, « soit dans des cas spéciaux, soit dans l'intérêt général de la population. »

On voit la portée de cette disposition. Les caisses allemandes, très prospères, n'ont pas manqué d'user de cette possibilité, et subventionnent ainsi des œuvres fort diverses, municipales ou privées, apportant, par là même, un appui très important à l'organisation d'hygiène publique.

En ce qui concerne la lutte antituberculeuse, cet appui a toujours été très large et, par l'intermédiaire de ces accords volontaires et des Unions antituberculeuses locales dont nous avons déjà parlé, elles versent d'importantes subventions pour la construction ou l'entretien de dispensaires, d'hôpitaux et de sanatoriums.

Les caisses d'assurances collaborent donc activement,

en Allemagne, au développement de l'hygiène publique. Reconnaissons toutefois que les fonds réservés à cet effet sont encore modestes, par rapport aux dépenses totales des caisses. C'est ainsi que l'excédent de l'actif sur le passif, pour l'ensemble des caisses-maladies légales, s'est élevé, en 1925, à 320 millions de RM, soit 17,60 RM par membre, et leur contribution pour le développement de l'hygiène et de la prévoyance sociale, n'a atteint, cette même année, que 0,26 RM par membre. La faiblesse de cette contribution semble provenir de ce que les dépenses, pour l'acquisition de propriétés foncières, telles que stations de cure, établissements d'hydrothérapie, etc..., ont absorbé la majeure partie des plus-values réalisées.

Mais maintenant que l'armement allemand, en ce qui concerne les hôpitaux et les sanatoriums, semble presque suffisant pour les besoins actuels, les institutions d'assurances vont pouvoir affecter des capitaux de plus en plus considérables à l'organisation générale de l'hygiène.

Mais les diverses organisations d'assurances ont souvent le même champ d'activité. Même à une époque où chaque assurance ne s'occupait que de la réparation du dommage, les inconvénients du partage des responsabilités et la fréquence des doubles emplois, apparaissaient aux yeux de tous. Depuis que des mesures, tendant à prévenir le dommage, constituent une partie toujours plus importante de l'activité des caisses, la division de l'assurance sociale en branches indépendantes et la réalisation des mêmes tâches par divers organismes, apparaissent comme un obstacle à tout développement satisfaisant. Les conventions régionales, les accords bénévoles, grâce auxquels les assurances ont déjà tant fait, commencent à devenir insuffisants. Déjà

des directives d'ordre général, émanant du gouvernement, préconisent des mesures uniformes, et nombre d'hygiénistes désirent une ferme législation, codifiant la collaboration efficace de tous les organismes capables de jouer un rôle dans la protection de la santé publique. Cette collaboration ne pourrait se faire sous une meilleure forme, que par la création de conseils d'hygiène régionaux, tels que celui que nous avons vu fonctionner à Nüremberg, et dont le parfait fonctionnement nous fut maintes fois cité en exemple. Ce conseil groupe des représentants des services publics d'hygiène et d'assistance, des délégués des caisses maladie et invalidité, des représentants des œuvres privées et enfin des représentants qualifiés du corps médical organisé.

Telle est la situation sanitaire du Reich, tel est son armement antituberculeux. Nous avons cru devoir insister sur les tendances actuelles des hygiénistes allemands, car il nous a semblé qu'au moment où la France allait appliquer les Assurances Sociales, il n'était pas sans intérêt d'étudier longuement l'expérience allemande, afin d'en tirer quelques leçons et d'essayer d'éviter les tâtonnements et les erreurs pour notre pays.

CHAPITRE VI

L'Alsace-Lorraine

L'Alsace-Lorraine réalise, aujourd'hui, cette situation paradoxale d'être régie, en ce qui concerne les Assurances Sociales, par la législation allemande d'avant-guerre, à peine modifiée, cependant que sur le territoire du Reich, cette même législation a subi, depuis 1918, de profondes transformations. C'est, en effet, la loi d'Empire du 19 juillet 1911 résumant, sous forme de Code des Assurances Sociales, toutes les dispositions législatives prises depuis la première introduction des assurances ouvrières en 1883, qui fixe les modalités d'application des Assurances Sociales dans nos trois départements du Rhin.

Depuis l'armistice, cette législation ne fut amendée, par une série de décrets, que sur des points de détail. Le plus important de ces décrets notifie que les fonctions appartenant jadis à l'Office Impérial des Assurances Sociales, à Berlin, sont actuellement tenues par l'Office des Assurances Sociales de Strasbourg, relevant de la Présidence du Conseil.

La législation alsacienne réalise :

1°) Les Assurances ouvrières comprenant :

a) l'assurance-maladie qui accorde aux salariés des secours en cas de maladie ou d'accouchement, et une indemnité en cas de décès.

b) l'assurance-invalidité qui vient en aide aux assurés en cas de vieillesse ou d'invalidité et verse une pension aux survivants, veuve et orphelins.

c) l'assurance-accident qui règle les conditions dans lesquelles les accidentés du travail ont droit aux traitements médicaux et pharmaceutiques.

2°) L'Assurance en faveur des employés privés, qui comporte uniquement la protection des risques invalidité, vieillesse et décès.

Notre intention n'est pas d'exposer, même à grands traits, cette législation assez complexe et d'essayer d'en donner les possibilités et les limites. Mais nous nous efforcerons, pour rester dans le cadre de ce travail, de montrer quel est, en Alsace, le sort du tuberculeux ayant droit aux prestations des Assurances Sociales.

C'est, en effet, en suivant l'histoire clinique d'un phtisique et en envisageant les diverses éventualités qui peuvent survenir au cours de son affection, qu'on peut passer en revue les avantages dont bénéficie le malade.

C'est au médecin de caisse qu'il appartient de reconnaître le premier le tuberculeux. C'est de sa compétence et de sa conscience que dépend, en grande partie, l'efficacité du traitement antituberculeux, car il est incontestable que, plus le diagnostic est précoce, plus les chances de guérison sont grandes et plus les dangers de contagion minimes. C'est pourquoi, concevoir un armement antituberculeux dans lequel il ne serait pas réservé au médecin praticien une place primordiale, serait un non-sens.

Il appartient donc au médecin de soupçonner au moins, s'il ne peut acquérir une certitude, une tuberculose évolutive chez les assurés qui se présentent à son cabinet. Le devoir du médecin est de faire confirmer ou infirmer son diagnostic par un confrère spécialiste et mieux outillé (rayons X, laboratoire). Or, les caisses alsaciennes, de même que la plupart des caisses allemandes, n'ont pas admis la phtisiologie comme spécialité. Elles ne peuvent donc compter sur l'appui technique de médecins phtisiologues.

LES DISPENSAIRES ALSACIENS

C'est alors, que tout naturellement, le dispensaire apparaît, après le médecin praticien, comme le deuxième rouage essentiel de l'armement antituberculeux.

Du fait des assurances sociales, les dispensaires antituberculeux alsaciens sont d'ailleurs placés dans des conditions un peu particulières. Tout d'abord, le dispensaire n'est plus essentiellement réservé à l'indigent : l'indigent (c'est-à-dire celui qui ne peut payer son médecin), devient rare avec les assurances sociales, et ne peut fournir une clientèle suffisante au dispensaire. D'autre part, le dispensaire n'est plus, comme en France, le pivot, l'élément à peu près unique de l'armement antituberculeux. En particulier, son rôle de dépistage se trouve en partie limité, les assurés allant plus facilement consulter leur médecin que des non-assurés. C'est pourquoi, sous un régime d'Assurances Sociales, le dispensaire antituberculeux est surtout un centre d'examen et de triage.

A cet effet, les dispensaires doivent passer des conventions avec les syndicats médicaux pour les malades non-assurés, et avec les caisses pour les assurés, afin, dans ce dernier cas surtout, de bien définir les rôles respectifs du dispensaire, du médecin traitant et de la caisse d'assurances.

RAPPORTS AVEC LES MÉDECINS DE CAISSES

Les dispensaires alsaciens, sous l'égide de la puissante Association Alsacienne-Lorraine contre la Tuberculose,

ont fixé les rapports déantologiques qui peuvent et doivent donner toute satisfaction au corps médical.

Voici, à titre d'exemple, quelques articles de la convention élaborée en 1925, par la Fédération des Syndicats Médicaux d'Alsace et l'Association Alsacienne et Lorraine contre la Tuberculose.

Article 2. —

b) Aucun traitement médical n'est effectué au dispensaire, sauf le cas de réinsufflation de pneumothorax expressément demandée par le médecin traitant habituel et seulement dans les dispensaires, dont la liste sera établie, d'accord entre l'association et la fédération.....

Article 4. —

Le médecin-chef (du dispensaire) doit :

a) assurer la collaboration entre les médecins praticiens, déterminer avec eux ou avec les délégués du syndicat, les conditions dans lesquelles l'examen des malades ou des personnes de l'entourage de ceux-ci peut être fait, par lui ; etc...

L'article 5 définit le rôle du médecin traitant. Celui-ci doit faire œuvre, non seulement de thérapeute, mais encore d'hygiéniste et orienter, chaque fois qu'il le peut vers les dispensaires, les sujets suspects.

Article 9. — Le dispensaire est administré par un conseil, dans lequel est représenté notamment le syndicat médical de la région, et dont fait partie d'office, le médecin-chef du dispensaire.

Article 11. — Le médecin-chef est nommé par le bureau de l'Association Alsacienne et Lorraine contre la

Tuberculose, après accord avec le Comité local, sur une liste proposée par la Fédération des Syndicats Médicaux.

Enfin, il est spécifié dans les annexes, que le dispensaire n'est ouvert, en principe, qu'aux malades et aux personnes de l'entourage adressées par un médecin de la circonscription.

Les positions respectives étant ainsi bien définies, il paraissait tout naturel que les praticiens usassent largement des dispensaires. Il semble qu'il est loin d'en être toujours ainsi, et que le rôle véritable du dispensaire est souvent perdu de vue, soit parce que les caisses opposent quelque résistance à faire pratiquer en grand nombre des examens radiologiques et bacilloscopiques ; soit parce que les médecins veulent ignorer l'existence du dispensaire, soit enfin parce qu'ils considèrent le dispensaire uniquement comme un centre radiologique, mis à leur disposition. Si bien que de nombreux médecins de caisses rédigeaient directement les demandes d'envoi en sanatorium, en se basant sur des examens incomplets et sans demander l'avis du dispensaire. Une statistique du Docteur EBER, du sanatorium d'Aubure, datant de 1925 et portant sur 122 cas, montre que 49,7 % des assurés reçus au sanatorium n'étaient pas tuberculeux, et par conséquent, non justiciables d'un traitement sanatorial. On voit sans peine les abus et les dépenses engendrées par un tel système.

La situation s'est d'ailleurs beaucoup améliorée ; et la sélection, beaucoup plus sévère, ne laisse actuellement entrer que bien rarement des non-tuberculeux dans les sanatoriums des Caisses.

Mais, il ressort de cet exposé de la situation alsacienne, que le dispensaire est un rouage indispensable mis à la disposition des caisses, et que c'est lui qui doit

faire le triage des malades, en vue du placement dans les stations de cures de diverses catégories.

Donc, pour en revenir à notre assuré, chez lequel la tuberculose a été décelée par le médecin de caisse, puis confirmée par le dispensaire, deux voies se présentent désormais : ou bien être traité à domicile ou à l'hôpital, aux frais de l'assurance-maladie ; ou bien être envoyé en sanatorium, par l'Institut d'Assurances-Invalidité.

Dans le premier cas, l'assuré malade a droit à l'assistance médicale, à partir du début de la maladie : soins, médicaments, appareils. Il touche, en outre, une indemnité de maladie, s'élevant à la moitié du salaire moyen. En cas d'hospitalisation, le paiement de tous les frais est assuré par la Caisse.

Les prestations obligatoires fixent à six mois la durée de l'assistance médicale et de l'indemnité. Mais de nombreuses caisses alsaciennes, vu leur prospérité, font bénéficier leurs assurés des prestations facultatives prévues par la loi :

- extension jusqu'à un an du secours de maladie ;
- assistance aux convalescents pendant une année, à dater de l'expiration du secours de maladie ;
- faculté de porter les indemnités de maladie aux trois-quarts du salaire moyen ;
- possibilité, en cas d'hospitalisation de l'assuré, de verser à la famille des secours pécuniaires, pouvant être aussi élevés que l'indemnité de maladie.

Grâce à l'assurance-maladie, le sort du tuberculeux est donc réglé pour un an, soit par traitement à domicile (pneumothorax ambulatoire fait au dispensaire, par exemple), ou par traitement à l'hôpital, dans une salle de tuberculeux d'un hôpital général, ou dans un hôpital-sanatorium, tel celui de la Robertsau, près de Strasbourg.

L'INSTITUT D'ASSURANCES-INVALIDITÉ D'ALSACE-LORRAINE

Mais, si le médecin de caisse, ou le médecin du dispensaire juge nécessaire l'envoi en sanatorium, il doit s'adresser à l'Institut d'Assurances-Invalidité.

C'est, en effet, cet organisme qui possède, en Alsace, les sanatoriums populaires de cures. Il peut sembler étrange que le traitement des tuberculeux soit du domaine de l'Assurance-Invalidité, plutôt que de l'Assurance-maladie. C'est que, dans l'esprit du législateur allemand, le rôle des Instituts d'Assurance-Invalidité et Vieillesse, ne devait pas être limité au versement de rentes mensuelles aux invalides et aux vieillards, mais il appartenait encore à ces Instituts, d'essayer de prévenir l'invalidité prématurée et de combattre ses causes principales. Or, au premier rang de ces causes, se place la Tuberculose. C'est pourquoi l'Institut d'Assurances-Invalidité est autorisé à procéder à un traitement curatif, en vue de prévenir l'invalidité qui pourrait résulter de la maladie d'un assuré (§ 1269 du Code des Assurances Sociales).

Citons encore le paragraphe 1306 du même Code, qui montre bien dans quel esprit les Instituts d'Assurance-Invalidité peuvent entreprendre des traitements curatifs :

§ 1306. — Si le titulaire d'une rente se soustrait, sans motif légal ou autre raison valable, au traitement curatif, et s'oppose ainsi à la guérison de son invalidité, ou, s'il se soustrait sans motif à un examen ultérieur ou à sa mise en observation dans un hôpital, sa rente peut lui être retirée temporairement en tout ou partie, à condition que cette conséquence de sa conduite lui ait été signalée.

En ce qui concerne la tuberculose, le principe qui justifie l'application par l'Institut d'Assurances-Invalidité des traitements curatifs, est que l'on a plus d'intérêt à guérir précocement une tuberculose au début, plutôt que d'avoir à verser, durant de longues années, une rente à un incurable. C'est ce qu'exprime nettement l'Instruction Spéciale, publiée à cet effet, par l'Institut d'Assurances-Invalidité d'Alsace-Lorraine, et dont nous extrayons le court passage suivant, parmi les conditions à remplir, pour l'obtention d'un traitement :

« Un certificat médical devra établir : soit qu'il est à craindre que, sans le traitement, l'invalidité au sens de la loi survienne, soit que la capacité de travail sera probablement rétablie ou maintenue pour une durée assez longue par le traitement approprié.

« Le traitement n'est pas accordé, s'il n'a pour but que de procurer au malade, une certaine amélioration ou de lui rendre sa situation plus supportable, le rétablissement de sa capacité de travail étant exclue.

« Comme les chances de guérison sont plus grandes au début d'une maladie que lorsque celle-ci a déjà fait des progrès, il est recommandé à tous les intéressés de présenter à temps leur demande. Tel est le cas, notamment, pour les affections pulmonaires, pour lesquelles, d'après les expériences faites jusqu'à présent, la guérison ne peut être espérée que si elles sont soignées dès leur origine. »

En fait, cet espoir de récupérer, à bref délai, une capacité de travail déficiente par quelques mois de sanatorium, nous semble assez vain.

C'est aussi l'opinion de M. Armand INGELBLECK, qui a

longuement étudié ces questions, dans sa remarquable thèse de Doctorat en Droit. Cet auteur écrit en effet :

« Les traitements curatifs, souvent fort coûteux, ne donnent pas toujours des résultats immédiats. Souvent, en quittant le sanatorium, le malade continue à toucher la rente d'invalidité ou de maladie. Quelquefois, ce ne sont que des cures répétées, donc très onéreuses, qui permettent de rétablir pour un certain temps, la capacité de travail. Les résultats sont, évidemment, plus favorables pour les traitements préventifs, bien qu'il soit difficile d'évaluer, de combien d'années, en chaque cas d'espèces, l'invalidité aura été retardée.

La conception du traitement curatif individuel, avec suite financière immédiate, a donc fait place à une conception de prévoyance collective, qui essaye d'atteindre son but par le traitement sanatorial, aussi bien que par la construction d'habitations saines et d'autres mesures d'hygiène sociale. »

Si, par conséquent, du point de vue strictement financier, il paraît douteux, en raison du faible taux de la rente d'invalidité, et des frais excessifs qu'entraîne l'envoi d'un assuré en sanatorium, que l'Institut réalise, par les traitements curatifs, des économies bien comprises ; il semble par contre certain, qu'au point de vue de l'hygiène générale (isolement et éducation des contagieux), et des malades en particulier, l'œuvre entreprise par l'Institut d'Assurances-Invalidité d'Alsace-Lorraine est digne de tous les éloges.

Donc, lorsqu'un assuré est justiciable de la cure sanatoriale, il revient à la caisse maladie de faire parvenir à l'Institut d'Assurances-Invalidité, une demande de traitement. Le dossier comprend deux pièces : l'une d'ordre médical, rédigée par le médecin de caisse, sur

un questionnaire comportant les divers éléments susceptibles d'éclairer le médecin expert ; l'autre d'ordre administratif, indique la situation des cotisations de l'assuré, sa situation matérielle, etc...

La demande, ainsi constituée, est adressée à la Direction de l'Institut, où elle est soumise au médecin-conseil. Celui-ci peut demander un supplément d'enquête ou une hospitalisation de quelques jours, en vue d'une mise en observation. D'ailleurs, l'Institut accepte la surexpertise, soit des médecins contrôleurs des caisses, soit des médecins des dispensaires. L'admission dans les sanatoriums de l'Institut n'est plus alors qu'une question de place.

ARMEMENT DE L'INSTITUT

L'Institut possède quatre sanatoriums : le grand sanatorium d'Aubure, qui contient 180 lits de femmes et 40 lits d'enfants ; le sanatorium de Saales, avec 150 lits pour hommes ; le sanatorium de convalescence de Schirmeck (150 lits) pour hommes convalescents et tuberculeux fermés ; enfin le sanatorium de convalescence de Charleville, pour femmes, avec 100 lits. Nous avons eu, lors d'un voyage en Alsace, l'occasion de visiter le grand sanatorium d'Aubure, où nous reçûmes le meilleur accueil du médecin-chef, le Docteur GOEHRs. Situé à 800 mètres d'altitude, près de Ribeauvillé, sur un contrefort des Vosges, d'où il domine la plaine d'Alsace, ce superbe établissement est construit selon les principes les plus modernes, et comporte le maximum de confort que l'on puisse souhaiter pour un sanatorium populaire. Quant à l'installation technique, elle comprend la radiographie et permet la collapsothérapie et la physiothérapie. Pour avoir su réaliser cette belle œuvre, il faut rendre hommage à l'Institut d'Assurances-

Invalidité et à la politique éclairée de ses dirigeants, au premier rang desquels se place son actif Président, M. WACKENTHALER, que nous tenons à remercier ici, pour la bienveillance avec laquelle il nous aida dans nos recherches.

L'effort accompli par l'Institut est considérable : nombre de jours d'hospitalisation et dépenses croissent régulièrement chaque année. En 1920, il y eut 60.531 journées d'hospitalisation, avec une dépense totale de 1.469.560 francs. En 1927, on compte 176.057 journées d'hospitalisation, avec 6.419.626 francs de dépense totale. Cette même année, entrèrent dans les établissements de cure de l'Institut, 180 adultes et 40 enfants, contre une moyenne de 80 malades seulement, avant guerre.

La durée de la cure est fixée par le médecin-chef du sanatorium ; elle dépend des possibilités budgétaires et du nombre des demandes à satisfaire. La durée moyenne est, actuellement, de quatre mois. Une nouvelle cure est, en général, accordée l'année suivante, si la première a été suivie d'une nette amélioration. Malgré la possibilité de la répétition des cures, il est incontestable que la durée du séjour en sanatorium est, en général, trop brève pour amener une stabilisation définitive. Il y a là, un problème que l'Institut d'Assurances n'a pu encore résoudre parfaitement, faute de subsides. Mais il est à souhaiter qu'une sélection plus sévère, et l'ouverture de sanatoriums-hôpitaux, permettent aux assurés, ainsi mieux choisis, un séjour plus long en sanatorium.

Il nous paraît, d'ailleurs, que limiter l'effort financier des organismes d'Assurances à la récupération rapide de la capacité de travail, est un point de vue trop étroit, qui risque d'abandonner des tuberculeux plus ou moins améliorables. Il ne faut pas oublier que la lutte anti-tuberculeuse comprend, non seulement la guérison des

malades, et l'on sait trop à quels déboires on court à se fixer à cette stricte indication, mais encore à l'isolement des contagieux. Or, l'Institut se préoccupe peu de ce côté de la question. Ne lui reprochons pas : ce n'est pas là son rôle, tel qu'il est légalement défini.

Son effort remarquable s'est développé aussi largement que possible, dans le cadre de la loi. Il n'englobe pas toutes les possibilités de la lutte antituberculeuse, parce qu'il ne le peut pas, et n'a pas à le faire : ce n'est pas une raison pour proclamer la faillite des Assurances Sociales. Mais cela suffit à faire reconnaître par tous les esprits sincères, que les Assurances Sociales, si elles apportent à la lutte contre la Tuberculose un large et incontestable appui, ne sont pas cependant une panacée universelle, et qu'elles ne limitent en rien l'initiative privée et celles des communes, des départements et de l'Etat.

Et cependant, si l'Assurance est jusqu'à présent impuissante à résoudre complètement le problème de l'assistance aux tuberculeux, au cours de toute sa maladie, nous devons à la justice de dire, que la question de l'assistance post-sanatoriale n'a pas échappé au Comité directeur de l'Institut d'Assurances-Invalidité. Aucune solution définitive n'a encore été adoptée. Néanmoins, la participation à la construction de maisons saines (type du placement social pour les caisses), la publication de brochures renseignant les malades sur les professions qui leur seraient les plus favorables à leur sortie du sanatorium, indique, et nous en avons reçu l'assurance verbalement, que cette délicate question est au premier rang des préoccupations des dirigeants de l'Institut.

Enfin, lorsque le tuberculeux incurable ne peut bénéficier des avantages de la cure sanatoriale, en raison de

l'état avancé de ses lésions, et, lorsqu'il a épuisé toutes les prestations de l'Assurance-maladie, il a droit à une rente d'invalidité. Cette rente est malheureusement trop faible : en moyenne, elle atteint à peine mille francs par an. Et il est certain que ce secours, pour intéressant qu'il soit, ne permet pas au malade d'assurer ses besoins et ceux de sa famille, et de prendre à sa charge les frais de médecin et de médicaments. Cette pénible situation n'a pas échappé à l'Institut d'Assurances-Invalidité, qui essaie d'y pallier en partie, en continuant à faire bénéficier gratuitement ces invalides du traitement par le pneumothorax, et en accordant une nouvelle cure sanatoriale, si quelque amélioration est possible.

Ainsi, malgré les lacunes que nous avons signalées, lits de sanatorium en nombre insuffisant, ce qui abrège la durée des cures, taux de rente trop minime en cas d'invalidité définitive, l'armement alsacien prévoit l'assistance du tuberculeux à tous les stades de la maladie. Et l'effort immense fourni, tant par les caisses d'assurances-maladie et l'Institut d'Assurances-Invalidité, que par l'Association Alsacienne-Lorraine contre la Tuberculose, avec l'appui des départements et des communes, n'est sans doute pas inutile, puisque l'état sanitaire est, dans nos départements du Rhin, nettement plus favorable que pour le reste de la France ; dès 1926, la mortalité par tuberculose y était en effet de 14, contre 17,23 pour l'ensemble de notre pays.

DEUXIÈME PARTIE

La Situation en France

CHAPITRE PREMIER

L'Armement Antituberculeux Français

Il n'y a pas bien longtemps que l'on s'est préoccupé, en France, de lutte antituberculeuse. Mais notre pays, surtout agricole, a vu depuis la guerre son armement antituberculeux prendre une extension considérable, et combler, en grande partie, le retard qu'elle avait sur les grandes nations européennes et les Etats-Unis d'Amérique.

Avant la guerre, on assista bien à l'ouverture de quelques sanatoriums (Hauteville, Durtol), presque toujours privés ; c'est en France aussi, que fut créé le premier dispensaire du type courant, à Lille, en 1907, et ces quelques œuvres fragmentaires, à action limitée, étaient unies par un lien assez fragile, l'Association Centrale Française contre la Tuberculose, cependant qu'au Ministère de l'Intérieur, une Commission Permanente de Préservation contre la Tuberculose publiait, dans l'indifférence générale, quelques rapports cependant fort documentés. Enfin, pour être complet, signalons que certains services hospitaliers, surtout à Paris, avaient été réservés aux seuls tuberculeux.

Et, cependant que la lutte antituberculeuse était déjà organisée sur des bases rationnelles dans nombre de pays voisins, il faut reconnaître qu'en France, et malgré l'effort méritoire de quelques précurseurs, Léon BOURGEOIS, Paul STRAUSS, BROUARDEL, LANDOUZY, GRANCHER, l'opinion restait sourde et le pouvoir inerte.

Le guerre survint. Dès les premiers mois, les conseils de revision, les centres de réforme furent envahis par des tuberculeux. L'examen systématique de tout l'élément masculin adulte de la nation, permit de mesu-

rer l'étendue du fléau et incita le gouvernement à prendre des mesures d'urgence.

On se rendit compte surtout du danger qu'il y avait à renvoyer dans leurs foyers, des tuberculeux contagieux sans conseils et sans aide ; aussi, la Chambre des Députés adoptait-elle, le 18 avril 1915, une résolution invitant le gouvernement à assurer le traitement des tuberculeux réformés.

Ainsi furent créés les comités d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, groupés en un Comité national, présidé par Léon BOURGEOIS. Les comités locaux ouvrirent et subventionnèrent des stations sanitaires, où furent envoyés des militaires réformés pour tuberculose, en vue d'y recevoir les premiers soins et l'éducation hygiénique destinée à les rendre moins dangereux, à leur retour au foyer familial.

Entre temps, sous l'empire des nécessités, et à la faveur du mouvement d'opinion créé, étaient votées la loi du 15 avril 1916 sur les dispensaires antituberculeux, dite loi LÉON BOURGEOIS, et un peu plus tard, la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums, dite loi HONNORAT, ces deux lois constituant encore aujourd'hui toute la législation antituberculeuse française.

Enfin, dès 1917, la mission Rockefeller apporta un appui généreux et expérimenté, qui contribua, pour une large part, au rapide développement de nos œuvres antituberculeuses.

Après la cessation des hostilités, la transformation de l'œuvre de guerre en une organisation définitive, applicable à l'ensemble des populations, se fit aisément. Le 4 août 1919, le Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, prit nom de Comité National de Défense contre la Tuberculose ; les comités départementaux subirent, de leur côté, la même transformation.

Ces organismes ont joué un rôle de plus en plus considérable et sont à la base de tout l'armement antituberculeux français, aussi, allons-nous les étudier tout d'abord.

LE COMITÉ NATIONAL

Le Comité National de Défense contre la Tuberculose est un organisme officieux qui, pratiquement, préside à la lutte antituberculeuse dans notre pays.

Son but n'est pas de créer ni de diriger les diverses œuvres antituberculeuses, mais de favoriser, sur toute l'étendue du territoire, leur création et leur fonctionnement, en coordonnant les efforts locaux et en accordant des subventions, selon ses disponibilités.

Il est administré par un Conseil d'administration de quarante membres, désignés par l'Assemblée générale, et de représentants, élus à raison de un par département, par le conseil d'administration de chaque comité départemental. Un Conseil de direction de 25 membres est composé de personnalités choisies pour leur haute fonction ou leur particulière compétence en matière de tuberculose.

Son siège est à Paris, 66, Boulevard Saint-Michel, dans un immeuble qui lui appartient, et où sont groupés ses divers services, à la tête desquels est placé un directeur général. Ces services comprennent un service technique, un service de propagande, un service de statistique et une école d'infirmières.

Le service technique est appelé à fournir des avis autorisés aux Comités départementaux ou aux organismes divers qui en font la demande. Les délégués techniques, accrédités par le Ministre de l'Hygiène, peuvent

ainsi se rendre dans les départements, pour résoudre des difficultés d'organisation, procéder à l'inspection des dispensaires, donner des conseils sur l'utilisation d'établissements comme préventorium ou sanatoriums, proposer enfin, pour des organismes nouveaux, des statuts et règlements conformes à la législation actuelle.

En un mot, le Comité National n'a aucun pouvoir propre, il met simplement sa compétence au service de ceux qui font appel à lui. Il ne peut qu'émettre des vœux, soumettre des propositions, souhaiter des réformes. Sa position officielle le met en contact permanent avec le Ministère de l'Hygiène et les Pouvoirs Publics. C'est donc un organe de liaison entre pouvoirs publics centraux ou départementaux, œuvres privées, syndicats médicaux et tous autres organismes intéressés à la lutte antituberculeuse. Tout en respectant l'autonomie de ces diverses organisations, le Comité National constitue l'élément central qui détermine l'application d'un plan unique et rationnel de lutte antituberculeuse.

LES ORGANISATIONS DÉPARTEMENTALES

Quant aux organisations départementales, elles forment les cellules groupant les diverses œuvres dans le cadre de l'unité administrative française qu'est le département. Il existe, en pratique, deux types d'organisation départementale : l'Office Départemental d'Hygiène Sociale, constitué suivant l'article 10 de la loi de 1916, et le Comité Départemental, fondé sous le règne de la loi sur les associations.

L'Office départemental d'hygiène sociale est créé à la suite d'une délibération du Conseil général ; il constitue un service départemental, sous la direction du préfet,

et exerce son action en collaboration avec les services publics d'hygiène et d'assistance. Il crée des dispensaires, subventionne les œuvres de préservation de l'enfance, les établissements de cure, et travaille en collaboration avec les dispensaires privés et les œuvres sociales privées qui veulent bien se conformer aux règlements qu'il a adoptés. Pourvu d'un Conseil de surveillance, composé en partie de membres du Conseil général du département, il est dirigé par un fonctionnaire, dont les attributions sont fixées par le règlement intérieur, élaboré par le Conseil de surveillance et ratifié par le Préfet. L'Office bénéficie des subventions de l'Etat, des communes, des établissements publics, d'associations privées et d'entreprises commerciales ou industrielles. Il n'est maître ni de son fonctionnement ni de son budget, et dépend de l'administration préfectorale, qui approuve ses dépenses et nomme son personnel. Le type de ces Offices est représenté par l'Office d'Hygiène Sociale du département de la Seine, dont le fonctionnement donne les meilleurs résultats.

A côté de cette forme d'organisation départementale, il a été créé fréquemment des Comités départementaux, qui se proposent les mêmes buts, mais ne dépendent pas de l'administration préfectorale. Ce sont des associations, fondées sous le régime de la loi du 1^{er} juillet 1901, qui peuvent, toutefois, recevoir des subventions de l'Etat, des départements et des communes. Ces Comités, bien que privés, sont tous affiliés au Comité National.

Aussi sur l'ensemble des 90 départements français et des trois départements algériens, seuls, l'Ain et les Landes, bien que dotés d'un organisme départemental rudimentaire, ne possèdent pas de dispensaires.

Nous aurons à revenir sur l'organisation du Comité National et des Comités départementaux, pour apporter

quelques critiques à leur constitution, et souligner les différences, souvent très grandes, qui séparent les différents départements. Quoiqu'il en soit, il convient de reconnaître le magnifique effort opéré par ces organismes et de rendre hommage à tous les hommes de cœur qui ont donné, à beaucoup d'entre eux, une incomparable impulsion depuis la guerre.

LES DISPENSAIRES

Une des principales fonctions des organisations départementales est la création et l'entretien de dispensaires antituberculeux qui, conformément à la définition de la loi du 15 avril 1916, sont chargés d'organiser l'éducation antituberculeuse, de donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, de dépister les malades et de leur faciliter l'admission dans les hôpitaux et les sanatoriums.

Diverses catégories de dispensaires sont prévues par la loi.

Les dispensaires publics tout d'abord, auxquels le législateur semble avoir accordé la préférence, peuvent être créés par n'importe quel groupement privé, établissement public, commune ou département. Le dispensaire public est autonome. Il a son budget propre, jouit de la personnalité civile et peut, par conséquent, recevoir des dons et des legs.

L'administration, indépendante, est exercée suivant les règles de celles des Offices d'habitation à bon marché, par un conseil d'administration, dont la composition est fixée avec trop de rigueur par la loi. Le dispensaire fonctionne pour une circonscription territoriale donnée et fixée par un décret d'organisation

d'ouverture. Les budgets de création et d'entretien sont assurés par le département et les communes, par la bienfaisance privée et par une part obligatoire de l'Etat, provenant des fonds du pari mutuel et des jeux.

A côté de cette catégorie, la loi admet l'existence de dispensaires privés, qui n'ont pas droit à une participation financière des administrations publiques, et ne peuvent recevoir des subventions et des dons, que s'ils sont reconnus d'utilité publique.

En un mot, leur indépendance administrative et financière est complète, sous réserve, toutefois, de l'autorisation d'ouverture, qui doit être donnée par le Préfet, et de l'inspection du fonctionnement, par les services départementaux d'hygiène.

Enfin, la loi a prévu, en la dotant de certains avantages, une dernière catégorie de dispensaires, créés par des administrations ou établissements publics. L'exemple nous en est donné par les dispensaires d'hygiène sociale du département de la Seine. Ces dispensaires, groupés dans un organisme spécial, dit Office public d'Hygiène sociale, sont soumis à l'autorité directe du Préfet. Leur budget est incorporé au budget départemental. Ils ne peuvent recevoir de dons et sont, ainsi, privés des subsides de la bienfaisance privée ; d'autre part, les subventions de l'Etat sont facultatives et toujours minimales. Ces dispensaires ont donc, pratiquement, leur existence budgétaire assurée uniquement par la collectivité publique créatrice.

Telle est l'essence de la loi du 15 avril 1916. Nous aurons, ultérieurement, à revenir sur ses inconvénients et ses faiblesses ; mais il est permis de constater, dès maintenant, que malgré ses imperfections, la loi sur les dispensaires a permis un magnifique développement de l'armement antituberculeux. Le réseau des dispensaires

s'est, en effet, très rapidement accru, ainsi qu'en fait foi le tableau suivant :

En 1918,	70 dispens.,	9.212 consult ^s suiv.	dont	3.034 tuberc.
— 1920,	271 —	34.197 —	— —	13.279 —
— 1922,	421 —	83.954 —	— —	35.302 —
— 1924,	528 —	232.922 —	— —	102.381 —
— 1926,	590 —	361.506 —	— —	162.423 —
— 1928,	641 —	488.157 —	— —	211.942 —
— 1929,	650 —			

Ces dispensaires sont d'ailleurs de valeur technique différente. Si nombre d'entre eux possèdent un poste de radiologie et un microscope, beaucoup ne sont encore que de simples consultations. Aussi, l'effort des dernières années, a-t-il moins consisté dans la création de nombreux dispensaires, que dans l'amélioration de leur installation matérielle et technique et dans l'augmentation du nombre des consultations. C'est ainsi, qu'en 1929, 54 d'entre eux ont obtenu un appareil radiologique du Ministère de l'Hygiène, à titre gratuit, sur le compte des prestations en nature. Enfin, pour la même année, les uns et les autres ont bénéficié, pour leur aménagement, de crédits de l'Etat, pour une somme globale de trois millions, provenant du produit de la taxe sur les cercles.

LES SANATORIUMS

A côté des dispensaires, organes de dépistage, les sanatoriums de cure, organes de traitement, représentent le deuxième échelon de l'armement antituberculeux.

On comprend, sous la dénomination de sanatoriums de cure, des établissements fermés, situés hors des villes, dans des conditions climatiques favorables, soit en

plaine, soit en montagne, où est pratiqué le traitement hygiéno-diététique de la tuberculose pulmonaire, avec surveillance et soins médicaux continus, et où ne sont reçus que des malades incurables ou nettement améliorables.

La loi Honnorat, du 7 septembre 1919, fixe les conditions de création et de fonctionnement de ces établissements et impose l'obligation, pour les départements, de faire entrer dans un sanatorium, les tuberculeux indigents et curables. Les lourdes charges qu'exigent la création et le fonctionnement d'un sanatorium, surtout à l'heure actuelle, ont retardé les réalisations et favorisé la formule du sanatorium interdépartemental.

On distingue, légalement, deux catégories de sanatorium de cure, les sanatoriums privés, qui appartiennent à des sociétés ou des particuliers, et sont soumis au décret du 10 août 1920 pour leur création et leur fonctionnement, et ne bénéficient pas des subventions de l'Etat, et les sanatoriums publics, qui sont gérés par l'Etat, les communes ou les établissements publics ; pour ceux-ci, l'Etat participe aux frais d'organisation et de fonctionnement, pourvu que les plans soient approuvés et que les conditions techniques exigées soient réalisées. D'autres sont des établissements assimilés aux sanatoriums publics, qui bénéficient des mêmes avantages, tout en étant gérés par des associations reconnues d'utilité publique, ou des sociétés de secours mutuels.

Nous aurons l'occasion d'insister longuement, dans un chapitre ultérieur, sur l'insuffisance notoire de nos ressources hospitalières pour les tuberculeux pulmonaires.

Notre armement antituberculeux comporte, en effet, à l'heure actuelle, 96 sanatoriums, dont 31 d'altitude et 65 de plaine, avec 9.558 lits. On compte encore 16 sana-

toriums-hôpitaux, avec 3.177 lits ; enfin, il y a environ 6.000 lits d'hôpitaux pour tuberculeux, dont plus de 2.000 pour la région parisienne. D'autre part, on compte 58 sanatoriums maritimes, avec 12.690 lits et 6 établissements héliothérapiques, avec 362 lits pour les tuberculeuses chirurgicales. On peut donc évaluer, pratiquement, à 30.000 le nombre des lits de tuberculeux en France, dont moins de 20.000 pour tuberculeux pulmonaires. Or, le chiffre officiel de mortalité par tuberculose dans notre pays en 1926, était de 66.843, en chiffres absolus. Ce chiffre, en raison de l'imperfection des déclarations de décès, est considéré comme inférieur à la réalité, par nombre d'auteurs, particulièrement qualifiés, qui évaluent à 100.000 environ par an, le nombre des décès par tuberculose dans notre pays. On voit donc que nous sommes loin de la règle, qui demande un lit par décès pour tuberculose dans l'année.

A dire vrai, cette situation s'améliorera sans doute, à brève échéance. Le Ministère de l'Hygiène a, en effet, fait accepter par le gouvernement, tout un plan d'exécution, qui comporte, en première ligne, la création immédiate de 20.000 lits supplémentaires, à raison de 5.000 lits par an, pour malades atteints de tuberculose pulmonaire, ce qui nécessitera une dépense annuelle de 200 millions, dont 100 millions à la charge de l'Etat, et 100 millions à la charge des départements, communes ou collectivités privées.

Par ailleurs, les départements ont maintenant la possibilité de contracter des emprunts à longs termes, avec faibles intérêts, auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations, en conformité avec la législation sur les habitations à bon marché.

Enfin, le crédit inscrit au budget du Ministère de l'Hygiène pour l'aménagement, l'agrandissement et la

réfection des sanatoriums, a été porté, pour 1930, de 24 à 40 millions.

Quant aux écoles sanitaires de rééducation professionnelle, elles sont à peu près inexistantes en France, puisqu'on n'en compte que quatre, avec 210 lits, et celles qui existent ne sont, en fait, que des maisons d'apprentissage pour adolescents. Là encore, nous aurons à montrer les insuffisances de notre armement, et l'importance de cette grave question, à laquelle nous avons réservé un chapitre spécial.

LA PRÉSERVATION DE L'ENFANCE

Il nous reste, pour donner une idée complète de notre armement antituberculeux, à passer rapidement en revue les œuvres de préservation de l'enfance.

L'école phthisiologique française, considérant à juste titre que la préservation de l'enfant est à la base de toute lutte antituberculeuse, des efforts très importants ont été faits dans ce sens.

La protection de l'enfance comprend des œuvres de Placement familial (types LÉON BERNARD pour nourrissons, et GRANCHER pour enfants) et les préventoriums.

Le placement familial varie, dans son application, suivant qu'il s'agit de la première ou de la seconde enfance.

Une œuvre privée, le Placement Familial des Tout-Petits s'est attachée à isoler les nourrissons du foyer familial contaminé. Elle y parvient, lorsque la mère était connue durant la gestation, en plaçant le nourrisson dès sa naissance et après séparation immédiate de la mère malade : c'est la prophylaxie anténatale, de réalisation simple, et dont les résultats sont particuliè-

rement brillants, puisque l'enfant n'a eu aucun contact infectant. Mais souvent, l'enfant a subi déjà un certain degré de contamination familiale. Il n'est alors envoyé au placement familial, qu'après une période d'observation plus ou moins prolongée, qui permet de s'assurer que le nourrisson n'est pas atteint de tuberculose évolutive. Cette œuvre, créée par Mesdames SELIGMANN et SUSMANN, à l'instigation de MM. Léon BERNARD et DEBRÉ, a obtenu des résultats excellents, puisque la mortalité dans les centres de placement familial surveillé est inférieure à la mortalité générale des nourrissons de même âge.

Quant à l'Œuvre GRANCHER, elle s'adresse aux enfants de 3 à 12 ans. Elle les soustrait du contact de leurs parents tuberculeux et les place dans des familles saines de paysans, où ils se trouvent sous la surveillance dévouée de médecins de campagne. Les résultats de cet organisme sont magnifiques, puisque sur 2.500 enfants placés depuis 1903, qui ont fait l'objet d'un contrôle ultérieur, on ne compte que 7 cas de tuberculose, dont deux mortels. Les résultats économiques ne présentent pas un moindre intérêt, puisque le coût annuel d'un enfant placé ne dépassait pas 1.500 francs, en 1926.

Quant aux préventoriums, ils sont des établissements où des enfants, le plus souvent exposés à la contagion familiale, non fébricitants, non contagieux, atteints des formes initiales et curables de tuberculose extra-pulmonaire sont soumis, en régime d'internat, à une hygiène spéciale, constituée par une alimentation surveillée, une aération continue et une association de repos et d'entraînement physique et intellectuel, respectivement dosés par la collaboration d'un médecin et d'un pédagogue.

Cette parfaite définition, acceptée par la Commission

permanente de préservation contre la tuberculose, indique que ces établissements sont de véritables sanatoriums d'enfants, puisqu'ils s'adressent à des malades curables.

Cette catégorie d'établissements, malgré des difficultés administratives nombreuses, sur lesquelles nous aurons le loisir de revenir ultérieurement, s'est largement développée en France, puisque l'on compte actuellement 154 préventoriums, dont 107 de plaine, 34 maritimes et 13 d'altitude, avec 12.900 lits.

Tels sont, rapidement passés en revue, les divers éléments de l'armement antituberculeux français. Si les lacunes que nous aurons à envisager dans les chapitres suivants sont nombreuses, il faut reconnaître cependant l'effort intense accompli depuis une dizaine d'années, et qui nous a permis de combler le retard de notre armement, vis-à-vis de celui des grandes nations civilisées.

Ces progrès ne peuvent être mieux mis en évidence que par le tableau suivant, extrait du rapport présenté par M. le Docteur ARNAUD, Directeur général, à la dernière Assemblée générale du Comité National de Défense contre la Tuberculose.

	En 1918	Au 1 ^{er} Janvier 1930
Dispensaires	70 avec 9.212 inscrits — 3.034 tuberc.	650 avec 488.137 ins. — 211.953 tub.
Services hospitaliers d'isolement	quelques centaines de lits	6.000 lits
Sanatoriums-hôpitaux ...	0	16 avec 3.177 lits
Sanatoriums p ^r pulmonaires	9 avec 1183 lits	96 — 9.558 lits
Préventoriums	0	154 — 12.881 lits
Sanatoriums p ^r chirurgicaux	5 avec 1.955 lits	58 — 12.689 lits
Etablis. héliothérapiques .	0	5 — 362 lits

Soit 44.667 lits en 1929, au lieu de 3.138, en 1919.

Il y a mieux encore à faire, car si la mortalité par tuberculose de toutes formes a baissé dans d'importantes proportions, la France se classe encore dans les pays à mortalité élevée, puisque celle-ci est encore de 17,9 pour 10.000 habitants en 1926, contre 15 en Italie, 11,8 en Allemagne, 10,4 en Angleterre et 9,2 au Danemark.

CHAPITRE II

La Loi des Assurances Sociales

L'armement antituberculeux que nous venons d'étudier, dans le précédent chapitre, va se trouver, dès l'application des Assurances Sociales, dans l'obligation de s'adapter à des conditions nouvelles. De même que l'armement antituberculeux allemand a, de l'avis unanime, subi un incomparable développement par suite de l'application des Assurances Sociales, de même il est à croire et à espérer que les œuvres antituberculeuses françaises trouveront, dans les caisses d'assurances, un appui fidèle et constant dans la lutte contre le plus grand fléau morbide de notre époque.

La France, en effet, vient d'être dotée d'une vaste législation d'assurances sociales. Elle entre donc dans cette catégorie de nations hautement civilisées, qui ont placé au premier rang de leurs préoccupations, la protection contre les risques sociaux de celui que l'on a fort justement appelé « l'économiquement faible ».

Les Assurances Sociales fonctionnent, en France, depuis le 1^{er} octobre 1930. Elles existent, en Allemagne, depuis 1883, en Suisse, depuis 1899, en Angleterre, depuis 1908, en Suède, depuis 1915, en Autriche, en Pologne, en Tchécoslovaquie, en U. R. S. S., depuis la guerre, sous des formes limitées en Belgique, au Danemark, en Italie, depuis quelques années.

Refaire l'historique de la loi française serait fastidieux. Sans parler du premier projet de loi sur les assurances ouvrières, déposé par le Député VAILLANT, sur le bureau des Chambres en 1887, que de projets, de contre-projets, d'amendements, d'enquêtes, de rapports ont été successivement emportés par de nouvelles

conceptions ou des nécessités politiques du moment ! Quoi qu'il en soit, il nous faut faire justice de cette notion, malheureusement trop répandue dans le public, que la loi du 5 avril 1928, même modifiée, n'est qu'une improvisation hâtive et une entreprise basement démagogique. Depuis le dépôt du premier projet de loi gouvernemental, par M. Daniel VINCENT, Ministre du Travail, en 1921, des esprits sincères et pondérés, des hommes particulièrement compétents, se sont attachés à forger un texte de loi, sinon parfait, du moins logique et équilibré. Et cependant, que d'imprécisions !

Nous plaçant ici au strict point de vue de l'hygiéniste et du médecin, nous constatons que la loi française vise à peu près uniquement la réparation du dommage causé ; elle propose une politique sanitaire à courte vue, tenant assez peu compte des progrès scientifiques de la médecine et de l'hygiène modernes et des conceptions préventives qui en découlent naturellement.

ROLE PRÉVENTIF DES ASSURANCES SOCIALES

Or, et nous avons pu nous en rendre compte en Allemagne, l'Assurance Sociale doit être une institution qui, pour fournir un rendement supérieur, et pour trouver son équilibre financier, doit remplir un double rôle : d'abord réaliser la réparation des dommages survenus aux assurés à l'aide de prestations en nature ou en espèces ; mais ensuite prévoir ces dommages, et par des moyens de prophylaxie individuelle ou collective mis à la disposition des assurés, essayer aussi de les éviter. En effet, chacun sait la supériorité de la médecine préventive sur la médecine curative : il est donc évident qu'il va de l'intérêt d'une institution d'assurances de participer à la lutte préventive contre les maladies sociales.

C'est dire que l'assurance sociale, qui ne s'adresse qu'à une partie de la population doit pour cette vaste campagne en faveur de l'hygiène publique, dont les besoins se font de plus en plus sentir dans les nations industrielles, collaborer avec de nombreuses institutions, services d'Etat, régionaux ou municipaux, œuvres privées, pour coordonner les efforts, favoriser les initiatives, concentrer les ressources. En un mot, l'assurance sociale doit être un des éléments principaux d'un système unifié de protection de la santé publique, et doit jouer un rôle primordial dans la réalisation d'une politique sanitaire harmonieuse et efficace.

Cela, le législateur semble l'avoir assez mal compris. En tous cas, il ne l'a pas mis en valeur, et, en exposant les grandes lignes de la loi des Assurances Sociales, nous soulignerons soigneusement les quelques dispositions grâce auxquelles la prévention des dangers sociaux et en particulier de la tuberculose, pourra être renforcée.

La loi du 5 avril 1928, modifiée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930, couvre les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse et décès et comporte une participation aux charges de famille et de maternité.

Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés de l'un ou de l'autre sexe dont la rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, ne dépasse pas 15.000 francs. Ce chiffre limite est porté à 18.000 francs dans les villes de plus de 200.000 habitants et les grands centres industriels. Pour les salariés chargés de famille le chiffre limite est augmenté de 2.000 fr. pour un enfant, de 4.000 fr. pour deux enfants ; il est porté à 25.000 fr. s'ils en ont trois ou davantage.

Nous n'entrerons pas dans les détails des ressources des assurances sociales. Qu'il nous suffise de savoir

qu'elles sont constituées, en dehors des contributions de l'Etat, par des versements pour moitié à la charge des assurés et pour moitié à la charge des employeurs. A cet effet, les assurés sont divisés en cinq catégories d'après le taux de leur salaire réel. Une cotisation variable correspond à la catégorie à laquelle appartient le cotisant.

L'ASSURANCE MALADIE

L'article 4 fixe les modalités d'application du risque maladie.

L'assurance-maladie couvre pendant 6 mois les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure, et les frais de transport, d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint, les enfants à sa charge, non salariés et âgés de moins de 16 ans.

L'assuré choisit librement son praticien. En vue du paiement des actes médicaux, les caisses doivent passer des contrats avec les syndicats professionnels habilités par leurs groupements nationaux.

Le paiement est direct : le médecin signe un reçu grâce auquel la caisse rembourse l'assuré. Celui-ci participe au paiement des soins médicaux et pharmaceutiques dans la proportion de 15 à 20 % pour les frais médicaux et de 20 % pour les frais pharmaceutiques.

Le total de ces frais ne peut, en aucun cas, excéder par journée de maladie, 50 % de la moyenne journalière des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu dans chaque caisse à cotisation, sauf dans le cas de traitements spéciaux, reconnus nécessaires d'un commun accord par le médecin et la caisse.

En cas d'hospitalisation, les frais à supporter par la

caisse, abstraction faite des honoraires médicaux, seront contenus dans les limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à l'égard des malades admis au tarif le plus bas des malades payants.

Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre son travail, il a droit, à partir du sixième jour qui suit le début de la maladie ou de l'accident et jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'expiration des six mois prévus, à une indemnité, par jour ouvrable, égale à la moitié du salaire de base de la catégorie à laquelle il appartient.

En cas d'hospitalisation cette allocation est réduite du tiers si l'assuré est chargé de famille, de la moitié s'il est marié sans enfants ni ascendant à sa charge ; des trois quarts dans tous les autres cas.

A l'article 7, il est prévu que lorsqu'une contestation s'élève, en ce qui concerne l'état du malade, soit entre l'assuré et la caisse, soit entre le médecin et la caisse, soit entre le médecin et le malade, cet état est apprécié par une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin est un expert désigné par le tribunal civil.

Mesures préventives prévues par la loi. — Enfin, il convient de noter tout particulièrement deux alinéas de l'article 4 de la loi, et qui concernent les soins préventifs.

Le § 9 de l'article 4 est ainsi conçu : « L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail, recevra les indemnités spéciales qui seront prévues dans le règlement intérieur des caisses. »

On voit tout l'intérêt de cet article : c'est grâce à lui que les dirigeants des caisses auront la possibilité de prendre des mesures de prophylaxie extrêmement divers mais éminemment utiles, et dont les caisses allemandes leur donnent maint exemple.

Non moins intéressant est le § 11 du même article 4. Il prévoit la possibilité pour tout assuré, même non malade, de se soumettre à un examen médical tous les cinq ans, en vue du dépistage des maladies chroniques. C'est l'amorce de l'examen périodique de santé, dont nous avons indiqué la valeur à propos de l'armement anti-tuberculeux des Etats-Unis.

L'article 6, enfin, contient dans son premier paragraphe, l'autorisation pour les caisses, de créer « des dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention. » Nous verrons ultérieurement la portée de cette disposition.

Telle est l'assurance-maladie. L'assurance-maternité accorde les prestations médicales et pharmaceutiques durant toute la grossesse et pendant les six mois qui suivent l'accouchement. Six semaines avant l'accouchement, et six semaines après, l'assurée jouit de l'indemnité journalière fixée précédemment. Durant l'allaitement, elle reçoit une prime de 150 fr. les quatre premiers mois, de 100 fr. pendant le cinquième et le sixième et de 50 fr. du septième au neuvième. Lorsque la femme ne peut allaiter pour raison de santé, la prime d'allaitement peut être remplacée jusqu'à concurrence des deux tiers et sur demande du médecin par des bons de lait.

Enfin, le § 6 de l'article 9 fixe que le paiement des allocations précédemment énumérées est subordonné à l'observation, par la bénéficiaire, des prescriptions de la caisse d'assurance, notamment en ce qui concerne la fré-

quentation des consultations maternelles et des consultations de nourrissons. Nous verrons la valeur de cette disposition pour favoriser la protection de l'enfance contre la tuberculose.

L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

Voici maintenant les principales dispositions de la loi concernant le risque invalidité.

L'assuré qui, à l'expiration du délai de 6 mois reste encore atteint d'une affection ou infirmité réduisant au moins aux deux tiers sa capacité de travail, a droit, d'abord à titre provisoire, puis, s'il y a lieu, à titre définitif, à une pension d'invalidité. Cette pension est égale à 40 % au moins du salaire moyen annuel de l'année.

La pension est attribuée pour une durée de cinq ans à titre provisoire. Durant ce temps, et sous peine de voir sa pension suspendue, le pensionné doit se soumettre aux visites médicales qui, à toute époque, peuvent être demandées par la caisse d'assurances. La pension est supprimée si la capacité de travail devient supérieure à 50 %.

A l'expiration de la période provisoire de cinq années et après expertise médicale, la pension est maintenue. Toutefois, après un nouveau délai de cinq ans, le pensionné devra sur la demande de la caisse, se soumettre à une dernière expertise médicale.

Enfin, l'assurance-vieillesse et le risque décès nous intéressent moins.

Qu'il suffise de savoir que l'assuré qui peut, à partir

de soixante ans, justifier de 30 années de versement aux assurances sociales, a droit à une pension de retraite qui n'est pas inférieure à 40 % de son salaire moyen.

L'assurance-décès verse à la famille de l'assuré un capital fixé à 20 % du salaire annuel moyen, étant entendu qu'en aucun cas ce capital ne saurait être inférieur à 1.000 francs.

Nous ne parlerons pas de la composition et l'administration des caisses, si ce n'est pour regretter qu'à aucun degré il n'est prévu de place pour un hygiéniste dans les conseils de direction. Et parmi les dispositions financières fort complexes, nous ne retiendrons que les paragraphes *b* et *c* de l'article 31 qui autorisent les caisses à employer leurs disponibilités dans des placements sociaux tels que habitations à bon marché et institutions de prévoyance et d'hygiène sociales reconnues d'utilité publique.

Ajoutons, pour terminer ce bref examen de la loi du 5 avril 1928, modifiée, que le § 4 de l'article 33 est ainsi conçu : « Les caisses d'assurances peuvent également employer leur solde à créer ou développer des œuvres de maternité et d'enfance, des hôpitaux, sanatoriums, preventoriums, dispensaires, maisons de convalescence ou de retraites et autres institutions d'hygiène sociale et de prophylaxie générale. »

Telles sont les principales dispositions de la loi française sur les Assurances sociales. Nous avons soigneusement relevé dans son texte, qui ne comporte pas moins de 84 articles, presque tous avec de nombreux alinéas, les quelques paragraphes qui ont trait à la médecine sociale et qui peuvent être de quelque utilité dans la lutte contre la tuberculose.

« La récente loi française d'assurances sociales, » a

écrit fort justement le docteur FORESTIER, « aurait pu être conçue comme le statut d'une vaste entreprise de médecine sociale, comme une législation de protection de la santé publique dirigée dans le sens de la prévention. Dès l'article premier, une déclaration solennelle en faveur de la médecine préventive aurait heureusement développé le caractère prophylactique de la loi, étendu les possibilités d'action formulées par le règlement d'administration publique et orienté les institutions d'assurances sociales vers la préservation de la santé. Quel contraste entre les dispositions préventives, modestement dissimulées, prévues par notre législation, et l'article 161 de la Constitution du Reich de 1919 : « Le Reich « créera une vaste organisation d'assurances sociales, « dans la gestion de laquelle des assurés eux-mêmes « joueront un rôle prépondérant et qui aura pour objet « de protéger la santé, de maintenir la capacité de travail, de protéger la maternité et d'assurer la prévoyance pour parer aux conséquences économiques « de la vieillesse, de la faiblesse et des vicissitudes de « la vie. »

Si modestes que soient les visées de la loi française, si timides que soient ses suggestions quant au rôle prophylactique que peuvent jouer les assurances sociales, il y a cependant beaucoup à faire, et la marge que nous accorde le texte de loi est assez large pour déployer une activité éminemment favorable au maintien de la santé publique et à la protection des populations contre la tuberculose.

Ayant recueilli quelques enseignements de l'étude des législations et institutions de certaines nations particulièrement avancées ; ayant mis en présence la situation de l'armement antituberculeux français et le texte de la loi du 5 avril 1928 modifiée, il nous reste à étudier com-

ment cet armement aura à s'adapter aux dispositions légales nouvelles, et comment les jeunes caisses d'assurances, encore inexpérimentées, vont pouvoir s'appuyer sur le cadre déjà solide des institutions antituberculeuses françaises, pour lutter contre le redoutable fléau qui décime notre jeunesse, et entrave le plein développement de notre race.

TROISIÈME PARTIE

Assurances Sociales et Armement

Antituberculeux

CHAPITRE PREMIER

Le Dépistage des Tuberculeux

Nous avons indiqué en étudiant l'armement antituberculeux français, quel est le statut des dispensaires et exposé la situation des offices départementaux d'hygiène. Ces organismes, auxquels il appartient avant tout de faire le dépistage des cas de tuberculose, vont être dans l'obligation de s'adapter à la loi des assurances sociales, afin de pouvoir continuer à rendre aux populations les inappréciables services qu'ils ont déjà rendu depuis la guerre.

Et cependant, cette utilité des dispensaires est encore malheureusement mise en doute dans quelques milieux. Aussi nous semble-t-il nécessaire, au seuil de ce chapitre, de rappeler que leur valeur prophylactique a pu être étudiée et démontrée scientifiquement. Le docteur AMSLER et Mlle FÉVRIER, par exemple, ont récemment apporté d'importantes précisions sur ce point. Voici les résultats qu'ils ont constaté dans leur clientèle des dispensaires du département de Maine-et-Loire : si l'on considère, à la troisième génération, le bilan des morts par tuberculose dans 50 familles, où il existait un membre de la première génération atteint de tuberculose contagieuse, et où aucune prophylaxie n'a été exercée, on atteint le chiffre de 190 morts, sans que l'on puisse estimer close cette liste.

Si l'on considère les 184 descendants directs de 50 familles dans lesquelles l'un des procréateurs était atteint de tuberculose pulmonaire, on constate que 124 sont morts, dont 110 de tuberculose, parmi lesquels 84 avant la troisième année. 17 sont trouvés atteints de tuberculose parce qu'aucune mesure de prophylaxie n'a été observée.

Par contre, si l'on envisage 46 familles dans lesquelles il existait un tuberculeux contagieux, et qui ont bénéficié, en temps utile, de l'action du dispensaire, après un recul de deux à huit ans, sur les 119 enfants, 9 sont morts de tuberculose, 82 sont indemnes, 18 sont touchés, parmi lesquels 14 qui ont été l'objet de placement sont actuellement en voie de guérison.

Cinquante familles, enfin, dans lesquelles un membre était tuberculeux contagieux ont eu 173 enfants. Le dispensaire a mis en œuvre à temps les mesures appropriées de prophylaxie. Après un recul de deux à huit ans, il n'est mort par tuberculose que 6 enfants, dont 3 âgés de moins de 2 ans.

Ces chiffres suffisent à légitimer définitivement les lourdes dépenses nécessitées par la création et le fonctionnement des dispensaires. Il serait donc déplorable au moment où la loi du 5 avril 1928 modifiée va entraîner un remaniement de l'armement antituberculeux français, de sous-estimer l'importance et la valeur de ces centres de prophylaxie et de diagnostic.

Essayons donc de préciser la situation que doivent occuper les dispensaires vis-à-vis des caisses d'assurances sociales.

Certains auteurs ont prétendu que, par suite des Assurances sociales, les dispensaires perdraient la majeure partie de leur clientèle. Il est à craindre, suggèrent-ils, que le malade, examiné gratuitement (ou presque) chez son médecin, ne préfère la discrétion du cabinet de consultation aux promiscuités inévitables du dispensaire. Ils disent encore que le médecin français de caisse, rétribué à l'acte médical, n'a aucun intérêt comme son confrère allemand rétribué au forfait, à se débarrasser de son malade et à l'aiguiller vers le dispensaire, mais qu'au contraire, il doit tout faire pour garder son client.

Il est aisé de répondre à ces arguments. Tout d'abord il y a lieu de considérer que toute une catégorie de malades non assurés, a toujours besoin du dispensaire ; que d'autre part le malade, de plus en plus éduqué, préférera être radioscopé au dispensaire plutôt qu'ausculté simplement chez le médecin. Au surplus, le but du dispensaire, nous aurons à y revenir, est d'apporter, grâce à ses ressources techniques, des précisions au diagnostic hésitant du médecin praticien, il n'est nullement de faire de la thérapeutique.

Par ailleurs, il est très inexact de dire que le médecin allemand est honoré à forfait, comme on le croit généralement en France. Il y a bien somme forfaitaire réservée périodiquement par la caisse au paiement des médecins, mais cette somme est répartie au prorata des actes médicaux accomplis par chaque médecin : la situation est en définitive celle du médecin français. D'ailleurs, nombre de praticiens envoient aujourd'hui leur malade au dispensaire. Le paiement direct étant admis par la loi, aucune modification dans cette attitude ne semble justifiée.

Dans tous les pays où les assurances sociales fonctionnent, les dispensaires n'ont pas eu à pâtir de leur application. Les dispensaires alsaciens-lorrains très actifs avaient en 1929 examiné et suivi 24.576 malades et décelé 13.956 cas nouveaux. En Allemagne, nous eûmes l'occasion de visiter nombre de dispensaires importants dont la clientèle était presque uniquement fournie par les assurés. Il nous apparaît donc, en conclusion, que les dispensaires ne sauraient être désertés par suite de l'application des assurances sociales.

Il n'y a, par contre, aucune raison pour qu'ils soient envahis pas une foule sans cesse grandissante de consultants. On a trop dit et répété que les Assurances sociales

créent chez les bénéficiaires une fâcheuse « manie revendicatrice », un besoin de regagner d'une façon ou d'une autre les versements effectués ; qu'elles risquent d'engendrer chez beaucoup une psychose grave caractérisée par la phobie des maladies et le besoin de se faire examiner au moindre malaise.

C'est là une exagération manifeste, inspirée en partie par le trop fameux ouvrage du Docteur LIECK : *Les Méfaits des Assurances Sociales*. Sans doute y aura-t-il des abus ; mais ils seront individuels et non généralisés. D'ailleurs, les dispensaires sont gratuits avec, comme sans les assurances sociales. Chacun peut s'y faire examiner aussi fréquemment qu'il lui plaît, et si chaque médecin de dispensaire connaît dans sa clientèle quelques rares « tuberculophobes », il doit reconnaître que ces sujets sont, heureusement, aussi exceptionnels qu'encombrants. La loi des Assurances sociales ne change rien sur ce point : il n'y a aucune raison, ni pour que les dispensaires soient abandonnés, ni pour qu'ils soient astreints à un énorme surcroît de travail.

Donc les dispensaires d'hygiène sociale continueront à jouer un rôle important dans la nouvelle organisation des soins médicaux et toute la question revient, à notre sens, à démontrer aux caisses de création récente, qu'il est de leur intérêt bien compris d'user largement des dispensaires antituberculeux préexistants.

DÉFINITION DU DISPENSAIRE

Mais il est nécessaire auparavant de définir d'une façon très précise ce que nous entendons sous le terme de dispensaire antituberculeux. Notre but est de démontrer dans ce chapitre que caisses-maladie et dispensaires

avaient de part et d'autre les plus grands avantages à travailler en collaboration intime, mais à condition toutefois, que le dispensaire soit capable d'accomplir parfaitement la tâche qui lui est dévolue. Il faut, en effet, qu'il offre des garanties telles que les caisses reconnaissent cette collaboration comme nécessaire et inévitable. Et, pour cela, le dispensaire doit présenter en personnel comme en matériel une supériorité telle sur les organismes privés susceptibles d'entrer en concurrence avec lui, que le choix des caisses ne saurait être douteux. A notre avis, le parfait équipement du dispensaire est une nécessité absolue, sous peine d'entraîner son inutilité.

Il doit d'abord comprendre un personnel nettement spécialisé.

De la spécialisation en Phtisiologie. — On a beaucoup discuté sur la nécessité ou la non nécessité du médecin spécialiste en tuberculose. Pour notre part, et nous rangeant à l'avis du professeur LÉON BERNARD, nous estimons que la phtisiologie entraîne à l'heure actuelle une série de connaissances qui ne sont plus du domaine du médecin praticien. Il ne suffit plus au phtisiologue d'être un excellent clinicien. Il lui faut encore posséder parfaitement la technique radiologique : savoir non seulement pratiquer des examens radioscopiques, mais encore prendre des clichés et les interpréter. D'autre part, le problème de la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire est très différent de ce qu'il était il y a seulement quelques années. Certes, la tuberculose est encore une affection terriblement tenace, et c'est encore dans le domaine de la prévention que l'on doit avoir les plus grands espoirs. Et cependant le traitement de la phtisie a fait en moins d'un demi-siècle d'immense progrès. Le médecin qui, en présence d'un tuberculeux, se déclare

impuissant et se contente d'une vague médication symptomatique et reconstituante commet une impardonnable faute professionnelle ! La chimiothérapie et plus encore la collapsothérapie sont en effet des armes qu'il serait coupable de méconnaître. Mais la collapsothérapie n'est pas une panacée et ses indications ne sauraient être immodérément étendues. Elle ne s'applique, en effet, sous peine de catastrophes, qu'à des cas déterminés qu'il est parfois difficile, même à un phthisiologue averti de déterminer. En tous cas, ce n'est que clichés en main, que l'on doit décider d'une intervention, et les radiographies pulmonaires sont particulièrement délicates à interpréter.

La pratique de la collapsothérapie, d'autre part, ne nous paraît pas à la portée de tout praticien. Elle demande une prudence, une habileté manuelle qui ne s'acquièrent qu'avec une longue pratique. D'autant plus qu'outre le pneumothorax, d'autres interventions plus complexes, oleothorax, sections de brides, sont de plus en plus fréquemment pratiquées. Elles nécessitent un outillage très spécial et leur technique très délicate n'est pas du domaine courant.

Tous ces arguments justifient amplement, nous semble-t-il, la création de médecins phthisiologues, et légitimement la présence dans les dispensaires de médecins ayant fait des études complémentaires sur la tuberculose.

Pour nous résumer, le dispensaire antituberculeux, pour rendre les services que les caisses sont en droit de lui demander, doit être dirigé par un phthisiologue compétent.

C'est encore un personnel spécialisé qui doit s'acquitter des délicates fonctions d'infirmière-visiteuse, et ce n'est pas sans raisons que nombre de médecins ont rendu

hommage aux femmes de cœur qui se dévouent à cette tâche pénible, où les qualités de tact et de patience, qui en font la base, nécessitent un personnel d'élite.

A ce personnel spécialisé doit répondre une organisation matérielle en rapports avec les nécessités de la science médicale moderne. Il est de toute nécessité que chaque dispensaire possède un poste radiologique permettant de pratiquer non seulement des examens radioscopiques, mais encore de prendre des clichés. De nombreux auteurs ont, en effet, insisté récemment, tant en France qu'à l'étranger, sur les insuffisances de la radioscopie et démontré que le film pouvait déceler nombre de lésions que la radioscopie était impuissante à mettre en évidence. Le surcroît de dépenses entraîné par l'équipement complet du poste, est compensé par le rendement médical du dispensaire, qui peut ainsi fonctionner d'une façon autonome sans avoir besoin d'envoyer les malades se faire radiographier dans un centre voisin.

D'autre part, un petit laboratoire est l'annexe indispensable du dispensaire. Dans ce laboratoire doivent pouvoir être faits non seulement les examens directs de crachats, mais encore les homogénéisations et les inoculations aux cobayes.

C'est à ces seules conditions que le dispensaire est utile. Et il nous apparaît comme une grave erreur, de parer du titre de dispensaire, un local quelconque, sans poste radiologique ni microscope, où, comme cela se produit encore trop souvent, les médecins de la localité viennent, à tour de rôle, examiner les consultants qui affluent, parce que la visite est gratuite.

Le diagnostic précis de la tuberculose pulmonaire comportant un pronostic et une thérapeutique adéquats, ne peut être basé que sur le solide trépied : examen clinique, examen radiologique, examen bactériologique.

Priver le dispensaire d'un de ces trois éléments, c'est le rendre inapte à sa tâche et, pour notre part, nous préférons l'armement antituberculeux d'un département qui ne possède qu'un seul dispensaire équipé comme nous venons de le définir et qui draine les suspects de toute la région, envoyés par leurs médecins, à l'armement d'un département ou plusieurs chefs-lieux de cantons se flattent de posséder un dispensaire qui n'est, en réalité, qu'une consultation gratuite, n'ayant aucun caractère de spécialisation.

Tout ceci étant bien posé, il nous semble que les avantages des caisses à user des dispensaires, peuvent se grouper sous trois chefs.

LE DISPENSAIRE CENTRE DE DIAGNOSTIC POUR LA CAISSE

Tout d'abord, le dispensaire est pour la caisse un centre de diagnostic. C'est, en effet, un organisme qui offre toutes les garanties techniques de par son installation matérielle et la présence d'un médecin spécialiste.

Les caisses auront donc tout intérêt à employer le dispensaire pour les examens bactériologiques et radiologiques plutôt que de s'en remettre à des officines privées qui, ne visant que leur propre bénéfice, grèveraient rapidement et lourdement les budgets des institutions d'assurances. C'est ce qu'ont fort bien compris les mutualités belges dont les conventions avec la Ligue Nationale belge contre la Tuberculose, permettent de confier aux dispensaires de cette œuvre, leurs affiliés malades ou suspects.

Mais le dispensaire antituberculeux ne doit pas être un simple laboratoire ou un poste de radiologie mis à la disposition du praticien. Ce serait là une fâcheuse ten-

dance : nous avons vu, personnellement, des malades fréquemment envoyés dans des dispensaires en vue d'une simple analyse de crachats ou d'une radioscopie. Il y a dans cette manière d'agir, une incorrection vis-à-vis du médecin du dispensaire qui doit être dans tous les cas tenu pour un médecin consultant, c'est-à-dire pour un spécialiste dont le rôle est de pratiquer un examen complet du malade et de donner un avis autorisé sur la conduite à tenir. Certes, le praticien peut ne pas tenir compte de cet avis. Il ne reste pas moins vrai que le travail du dispensaire forme un tout, examen clinique, radiologique et bactériologique, qu'on ne saurait disjoindre sans lui faire perdre toute sa valeur.

Par ailleurs, outre la précision de certains diagnostics, le médecin de dispensaire semble tout indiqué pour agir en qualité d'expert des affections pulmonaires.

Le § 3 de l'article 7 de la loi, prévoit, nous l'avons déjà indiqué, qu'en cas de contestation entre malade et médecin, ou entre caisse et médecin, est constituée une commission composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la caisse et d'un médecin désigné par le juge de paix. De même, en cas d'incapacité permanente, le troisième médecin est désigné par le tribunal civil.

Il est de toute évidence qu'en cas d'affection pulmonaire, le médecin du dispensaire est particulièrement qualifié pour faire partie de cette commission, à titre d'expert.

LE DISPENSAIRE CENTRE DE PLACEMENT

Le dispensaire centre de diagnostic, est aussi, tout naturellement, un centre de placement pour la caisse.

En effet, nul mieux que le médecin du dispensaire ne saura porter un diagnostic d'indications sanatoriales et

sélectionner les malades justiciables d'un établissement de cures.

Nous avons, en étudiant l'armement antituberculeux alsacien, cité un rapport d'Eber, médecin du sanatorium d'Aubure, en 1925, où celui-ci avait constaté que, sur une statistique de 122 cas, 49,7 % des malades envoyés au sanatorium n'étaient pas tuberculeux. Après examen approfondi et mise en observation de quelques jours, Eber constata, en effet, que 59 de ces malades n'étaient pas atteints de tuberculose et que, si la plupart avaient besoin de repos ou d'un traitement approprié, du moins leur présence dans un sanatorium de cure était injustifiée. Les affections les plus fréquemment rencontrées avaient été : obstructions nasales et affections rhinopharyngées (38 cas), états basedowiens plus ou moins frustes (7 cas), affections gynécologiques (3 cas), etc...

On peut se rendre compte des dépenses faites inutilement par l'Institut d'Assurances-Invalidité d'Alsace-Lorraine. Si on fixe à deux mois au minimum le séjour en sanatorium de ces sujets qui, faute d'un examen médical très attentif auraient pu passer pour tuberculeux, et si l'on évalue à 25 francs le prix de journée, la dépense aurait atteint 88.500 francs. En fait, la perte réelle aurait été moins élevée : la plupart de ces sujets avaient en effet besoin, soit d'un traitement médical approprié, soit d'une petite intervention opératoire (sur le rhinopharynx, presque toujours) ; opérations ou traitement qui pouvaient être légitimement suivies d'un bref séjour dans une station de convalescence. Mais la dépense occasionnée n'avait pas atteint, dans ce cas, la moitié des frais de séjour en sanatorium pendant deux mois.

Tout l'intérêt de cette statistique réside dans ce fait que tous ces malades avaient été envoyés en sanatorium par des médecins praticiens et que leurs dossiers étaient

presque toujours incomplets, les examens bactériologiques en particulier, faisant défaut dans la plupart des cas.

Les caisses doivent donc, dans leur propre intérêt, veiller à ce que les assurés envoyés à grands frais en sanatorium, soient scientifiquement sélectionnés : le dispensaire représente l'organe technique le plus apte à opérer ce triage, le médecin-chef du sanatorium jugeant en dernier ressort.

C'est ainsi que les mutualités belges ont confié aux dispensaires de la Ligue Nationale belge contre la Tuberculose, le soin d'opérer ce triage. C'est ainsi encore, que la plupart des Instituts d'Assurances allemands ne décident l'admission en sanatorium qu'après avis du médecin phthisiologue du dispensaire voisin.

LE DISPENSAIRE CENTRE DE PRÉVENTION

Le dispensaire, centre de diagnostic, centre de placement, doit aussi être un centre de prévention pour la caisse. Il permet en effet, avec son cadre d'infirmières visiteuses, le dépistage des malades, l'examen des familles suspectes, l'isolement précoce des contagieux, la diffusion des mesures d'hygiène.

L'importance de ce rôle ne saurait échapper aux caisses. Nous avons dit déjà tous les avantages qu'elles retirent à faire de la prévention autant et plus que du traitement. En matière de tuberculose et malgré les progrès impressionnants réalisés dans la thérapeutique antituberculeuse durant ces dernières années, le facteur prophylactique reste encore le plus important qui puisse exercer une influence heureuse sur le déclin de la morbidité et de la mortalité par tuberculose. Que les caisses

françaises bénéficient donc sur ce point de l'expérience des caisses allemandes qui n'ont pas hésité à collaborer avec les œuvres publiques ou privées préexistantes, en vue d'unir toutes les forces éparses.

Il reste une dernière question à bien préciser, celle des rapports des dispensaires avec les médecins de caisses, au point de vue déontologique.

Les conflits, nous semble-t-il, peuvent éclater à deux propos : au sujet du secret professionnel et du traitement des malades.

En ce qui concerne le traitement, il est bien entendu que les dispensaires, avec, comme sans les assurances, ne font que le diagnostic et renvoient le malade au médecin traitant pour tout ce qui concerne la thérapeutique.

Une seule exception peut être envisagée, celle du pneumothorax. Cette intervention, qui doit toujours être considérée, nous l'avons dit, comme un traitement de spécialité, peut être faite au dispensaire à la demande même du syndicat médical local ainsi qu'on pourrait en citer plusieurs exemples en France. Elle peut être pratiquée dans un service annexe de l'hôpital voisin, et dans ce cas, même si les insufflations sont pratiquées par le médecin du dispensaire, considéré alors comme médecin de l'hôpital, c'est affaire de convention entre la caisse et la commission administrative de l'hôpital, après entente avec le syndicat médical.

Quant au secret professionnel, il ne doit être violé en aucun cas, c'est-à-dire que le médecin du dispensaire ne peut transmettre de renseignements qu'aux médecins praticiens qui en ont fait la demande.

Toutefois, lors du placement en sanatorium, le méde-

cin de dispensaire, considéré alors comme expert de la caisse, n'est pas tenu au secret professionnel vis-à-vis de l'organisme qui l'emploie. Il aura donc à envoyer à l'administration de la caisse un rapport circonstancié à l'appui de la demande d'envoi en station de cure.

De même nous considérons qu'au retour du sanatorium, le médecin de cet établissement a parfaitement le droit et même le devoir, malgré quelques protestations qui se sont élevées en Alsace-Lorraine à ce sujet, de transmettre à son confrère du dispensaire de la région où habite le malade, un rapport permettant à ce dispensaire de reprendre le malade en charge, en toute connaissance de cause.

Mais, à condition de se conformer strictement de part et d'autre aux règles déontologiques habituelles de notre pays, il n'y a aucune raison de voir apparaître des conflits entre médecins praticiens et médecins de dispensaires. Des conventions telles que celle qui régit les rapports des médecins de caisses alsaciens-lorrains, avec les dispensaires et dont nous avons donné de larges extraits dans un chapitre précédent, suffiraient, en fixant de façon précise les attributions de chacun, à apaiser toutes les susceptibilités.

Donc, ayant admis d'une façon définitive, que les caisses doivent user des dispensaires dans leur intérêt bien compris ; ayant fixé à l'aide de conventions les modalités de collaboration entre administrations de caisses, médecins praticiens et dispensaires, il nous reste à nous demander s'il n'est pas légitime, qu'en regard des avantages procurés, les caisses ne participent à la gestion financière des dispensaires.

Apport financier des caisses au fonctionnement des

dispensaires. — Trois attitudes sont possibles en effet ; la première, que nous ne citons que pour mémoire, consisterait pour les caisses à ignorer complètement les dispensaires. La seconde serait caractérisée par l'établissement de conventions réglant d'une façon précise les relations des dispensaires avec les assurés par une rétribution à l'acte médical. La troisième, enfin, ne comprendrait qu'un appui matériel forfaitaire des caisses aux dispensaires qui garderaient cependant leur entière indépendance.

Nous pouvons déjà nous faire une idée de ce que serait la deuxième solution en prenant comme exemple les contrats passés par certaines compagnies de chemins de fer avec les dispensaires départementaux. Voici, par exemple, la teneur de la convention passée en 1925, entre la Compagnie des Chemins de fer d'Orléans et l'Office départemental d'Hygiène social de la Seine. Les dispensaires sont mis à la disposition des employés et de leur famille. Ils sont admis à titre spécial, et sur présentation de leur carte individuelle, ou, pour la famille, de la carte du chef de famille.

Tout cheminot tuberculeux est pris en charge par le dispensaire ; les démarches de placement sont faites par le médecin du dispensaire, la prophylaxie à domicile est assurée par l'infirmière visiteuse. La Compagnie est mise au courant de l'état sanitaire des malades.

Pour accomplir ce travail le dispensaire reçoit un versement trimestriel de 25 fr. par dossier nouveau, et de 15 fr. par malade immatriculé et régulièrement suivi.

Cette solution nous paraît excellente. Certains auteurs, tels MM. PARISOT et GIRY, craignent cependant qu'un tarif

précis ne favorise le traitement dans les dispensaires ; traitement qui se ferait aux dépens du praticien.

Aussi envisagent-ils une subvention forfaitaire des caisses afin d'aider uniquement à développer l'action prophylactique des dispensaires.

C'est aussi la solution préconisée par le docteur Poix dans un rapport adopté tout récemment par le Comité National contre la Tuberculose et par la Confédération des Syndicats médicaux français. Il propose aux caisses d'allouer aux Comités départementaux de lutte antituberculeuse une subvention annuelle, qui serait utilisée à perfectionner l'organisation des dispensaires et à accroître la rémunération du personnel médical et infirmier. Le mode d'évaluation le plus simple de cette subvention pourrait être de fixer un taux forfaitaire d'abonnement annuel non pas par assuré examiné au dispensaire, mais par assuré inscrit à la caisse, ce qui aurait pour effet de favoriser les visites de prophylaxie, qui même pratiquées en très grand nombre n'augmenteraient pas les dépenses des institutions d'assurances.

Que la collaboration financière des caisses se fasse sur le principe forfaitaire, ou à l'acte médical, ce qui est important, c'est de voir s'accomplir la triple collaboration, au sein de l'Office départemental d'Hygiène, des trois entités : autorités publiques, caisses d'assurances, syndicat médical. Il faut éviter l'onéreuse concurrence des officines privées.

Et il semble que la collaboration fixée selon les modalités suivantes :

— médecin praticien envoyant ses tuberculeux au dispensaire du secteur, de même que les suspects et leurs familles ;

— dispensaire se chargeant du placement et de la prophylaxie à domicile ;

— médecin pratiquant le traitement à domicile ;
pourrait donner toutes satisfactions aux parties intéressées, et être d'un très sérieux appoint dans le développement de la lutte antituberculeuse en France.

CHAPITRE II

Le Traitement et l'Isolement des Tuberculeux

Une des difficultés fondamentales de cette lutte anti-tuberculeuses en France réside dans l'insuffisance des établissements de cure et d'isolement. Si l'on évalue, comme nous l'avons déjà indiqué, à 100.000 le nombre des décès annuels par tuberculose, et si l'on considère avec la plupart des phthisiologues que l'équipement anti-tuberculeux d'une nation est à peu près suffisant lorsque le nombre des lits dépasse légèrement le taux de mortalité, on s'aperçoit que la France a encore un immense effort à accomplir.

Aussi la lutte antituberculeuse en est-elle comme paralysée. Si, en effet, nos dispensaires fonctionnent à la satisfaction unanime, et permettent sur un territoire donné le dépistage des tuberculeux et des familles contaminées, leurs possibilités de placement sont vite épuisées, et les dispensaires travaillent à vide : que leur sert de déceler de nouveaux cas de tuberculose ouverte, s'il leur est impossible de les isoler, si, en un mot, leur fonction de placement est réduite à néant.

DIFFICULTÉS DU PLACEMENT

Nous avons pu constater par nous-même dans quelques départements, le découragement des médecins de dispensaires qui s'épuisent en vaines démarches qu'ils savent, par avance, vouées à l'insuccès. Dans la Seine, où cependant de nombreux lits se créent chaque jour, le délai d'attente varie selon l'établissement entre deux et quatre mois. En Seine-et-Oise, il atteint fréquemment six mois : le tuberculeux pris en charge par le dispen-

saire a le temps de contaminer tous les siens avant de pouvoir être isolé.

C'est ainsi qu'au dispensaire Léon Bourgeois, à Paris, sur un total de 335 tuberculeux contagieux reconnus en 1929 dans les 1^{er} et 2^e arrondissements, si 41 sont placés à l'hôpital et 74 en sanatorium, 37 sont en cure libre à la campagne, 88 en cure libre à Paris, *et 95 travaillent*. Or, on entend par cure libre à Paris, la situation du malheureux qui attend, avec une impatience que l'on imagine sans peine, l'envoi dans un sanatorium ou un hôpital. Sur 41 enfants en contact familial, reconnus en 1929 dans le premier arrondissement, 18 sont restés à domicile, soit par refus des parents d'éloigner l'enfant, soit faute de place dans les préventoriuns.

A tout cela, il est objecté que les budgets de l'assistance médicale gratuite, et des Offices d'Hygiène Sociale, que les subventions de l'Etat et des communes, bien loin de permettre la construction d'établissements nouveaux, sont déjà épuisés par les frais d'entretien des lits existants.

La situation risque de s'aggraver avec les Assurances sociales. En effet, les instituts d'assurances pourront, conformément à l'article 4 de la loi, placer les assujettis dans des établissements de cure pendant un délai de six mois.

Certes, le problème de l'équilibre financier des caisses est fort débattu, et seule l'expérience montrera ce qu'il en est. Mais si l'on se réfère aux exemples étrangers, il ne semble pas trop optimiste d'évaluer que d'ici une vingtaine d'années, certaines caisses de capitalisation auront des capitaux suffisants pour entreprendre, ainsi que les y autorise l'article 33 de la loi, la construction de leurs propres établissements de cure.

Cette hypothèse nous est confirmée par les exemples

étrangers. Que ce soit en Allemagne, en Alsace, en Belgique, les instituts d'assurance-invalidité gèrent des stations de cure parfois très importantes. Nous avons indiqué, en étudiant l'armement antituberculeux du Reich, que nous eûmes l'avantage de visiter les sanatoriums de Beelitz, près de Berlin, propriété de l'Institut d'Assurances-Invalidité de cette ville et qui comptent 1.400 lits dont 900 pour tuberculeux pulmonaires. L'Institut d'Assurances-Invalidité d'Alsace-Lorraine possède quatre sanatoriums. L'exemple sera sans doute suivi en France. D'ailleurs, nos caisses pourront bénéficier, au même titre que les autres collectivités, d'une subvention que l'Etat accorde, conformément à la loi du 7 septembre 1919, en vue de la création, de l'aménagement, de l'agrandissement ou de la réfection de sanatoriums populaires.

Et cependant, cette solution ne nous paraît pas idéale. Ne vaudrait-il pas mieux créer de vastes établissements, parfaitement équipés, et destinés à des malades de toutes catégories, les caisses collaborant seulement à l'entretien de leurs propres malades, plutôt que de voir se fonder toute une série d'établissements de faible capacité dont l'outillage médico-chirurgical sera fatalement rudimentaire.

Quoiqu'il en soit, la France a besoin de lits de tuberculeux : c'est là un problème quantitatif. Mais ce serait une lourde erreur de ne considérer que ce point de vue, sans envisager aussi le problème qualitatif.

Au moment où les Assurances sociales vont amener un remaniement de l'armement sanitaire français ; au moment où elles vont permettre le placement de nombreux malades, il nous paraît urgent de clarifier les idées non seulement du corps médical, mais encore du grand public sur ces questions. Il importe en particulier

de documenter les futurs administrateurs de caisse, qui bientôt gèreront des capitaux énormes, et dont les erreurs dans l'emploi de ces capitaux, risquent d'être nuisibles non seulement aux organismes qu'ils dirigent, mais à la collectivité toute entière.

LA CONCEPTION CLASSIQUE DU SANATORIUM

L'armement antituberculeux français comporte à l'heure actuelle trois échelons principaux : le dispensaire, le sanatorium et l'hôpital. Classiquement, le premier dépiste, le second traite les curables, le troisième isole les incurables. Cette conception, trop simpliste, mérite une sévère critique ; et, en particulier, les règlements qui président à la répartition des malades doivent être révisés.

Quel est en effet le sort du tuberculeux reconnu par le dispensaire ? Deux possibilités : le sanatorium ou l'hôpital.

Le premier, qui synthétise pour le public l'armement antituberculeux, est selon la définition du Comité National, « un établissement fermé, situé hors des villes, dans des conditions climatiques favorables, soit en plaine, soit en montagne, où est pratiqué le traitement hygiéno-diététique avec surveillance et soins médicaux continus, et où ne sont reçus que des malades curables ou nettement améliorables. »

Or, en raison de tout un ensemble de conceptions légales, administratives et médicales, on tend à n'admettre au sanatorium que le tuberculeux dit au début, c'est-à-dire non ou peu bacillifère, apyrétique, présentant des lésions limitées ; le type étant réalisé par le tuberculeux chronique au décours d'une première poussée évolutive.

C'est dire que le choix est fatalement très limité et que s'il est légitime d'espérer, grâce à un séjour en sanatorium, la guérison de tels malades, cette conception, trop étroite, écarte du sanatorium toute une série de sujets qui en pourraient aussi justement bénéficier.

Si donc le tuberculeux est écarté du sanatorium, il ne lui reste que le service hospitalier, de funeste réputation, où les conditions d'hygiène sont le plus souvent médiocres, où les malades sont entassés les uns sur les autres, où la mortalité est élevée, où l'on pratique encore trop souvent une vague thérapeutique, symptomatique, qui prend l'allure d'une médication psychique donnée par charité à de malheureux incurables. Toutes ces circonstances justifient l'invincible répugnance des tuberculeux pour les services hospitaliers dont l'organisation précaire est à peu près générale.

L'hôpital ainsi constitué devrait être uniquement destiné à des cachectiques et des grabataires. Mais entre le sanatorium tel qu'il est conçu classiquement et l'hôpital, toute une catégorie de malades, la plus nombreuse, reste en dehors des ressources de l'armement antituberculeux, et contribue par là même à la dissémination du bacille de Koch.

La notion du sanatorium mérite en effet une critique serrée en se plaçant au triple point de vue thérapeutique, prophylactique et social.

Tout d'abord, le recrutement sanatorial vise à ne retenir que des malades curables et prend pour critère l'apyrexie. Ainsi la sélection se fait encore selon le principe démontré faux à l'heure actuelle, que le début de la tuberculose pulmonaire de l'adulte est lent et insidieux. L'école phthisiologique française moderne a fait justice de cette conception périmée ; et de nombreux travaux, ceux de BEZANÇON et de RIST en particulier, ont montré

la fréquence des débuts aigus curables de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Nous n'avons pas à insister ici sur toutes les recherches qui ont désormais mis définitivement au point cette question. Disons seulement que, pour quiconque a tant soit peu la pratique du dispensaire et des examens radioscopiques en série, la constatation d'une tuberculose évolutive chronique à la suite d'un épisode aigu pneumonique, bronchopneumonique ou pseudo-grippal est chose courante.

THIBAULT a été le premier, dans sa remarquable thèse publiée en 1927, à mettre en valeur les applications pratiques de cette constatation. Il démontre avec une parfaite rigueur que le secret d'une lutte antituberculeuse efficace est à la fois d'isoler et de traiter tout tuberculeux au début. Mais il faut entendre ce terme de début dans son sens véritable et accueillir au sanatorium des malades en poussée aiguë initiale avec expectoration abondamment bacillifère. Ces malades ont besoin d'une thérapeutique d'urgence et représentent au point de vue prophylactique les cas les plus intéressants à isoler, car ils sont fortement contagieux et non encore éduqués.

En étudiant cette question d'un peu près on se rend compte que la question du pronostic domine les règles de l'admission en sanatorium. On se demande si tel malade est améliorable ou curable, et c'est la réponse qui décide de l'admission. Or, les bases classiques du pronostic d'une tuberculose pulmonaire chronique sont fort incertaines. Elles sont surtout battues en brèche aujourd'hui par la mise en œuvre d'une thérapeutique récente qui renverse toutes les conceptions habituelles : ainsi telle pneumonie caséuse, d'un pronostic fatal il y a quelques années, et dont un pneumothorax vient à bout ; ainsi encore telle bilatéralisation à grand fracas dont les sels d'or enravent la marche.

En un mot, il y a erreur absolue à se baser, comme on le fait encore trop souvent, sur l'étendue des lésions et sur l'intensité des signes fonctionnels pour refuser l'accès du sanatorium. Certains malades à lésions peu avancées peuvent être considérés comme atteints d'une façon mortelle, cependant que de grands tuberculeux, à lésions étendues, voire excavées, ont survécu, une fois placés dans des conditions adéquates, durant de longues années.

IMPORTANCE DE LA COLLAPSOTHÉRAPIE

D'ailleurs, pour reprendre la formule de THIBAUT, la nécessité d'admettre très rapidement en sanatorium les malades en poussée aiguë trouve un argument décisif et de valeur sociale incomparable dans la sanction thérapeutique qu'est la mise en application précoce du pneumothorax.

Le professeur BEZANÇON a tout récemment traité cette question à l'Académie de Médecine avec une parfaite clarté.

Il rappelle que récemment encore, la lutte antituberculeuse comportait plus de prophylaxie par l'isolement que de thérapeutique véritable ; que le rôle du médecin praticien, une fois le diagnostic assuré, était de choisir un climat favorable à la forme évolutive du malade et de l'y envoyer rapidement ; que le rôle du médecin de sanatorium était, en dehors du traitement de quelques incidents aigus ou de quelques affections intercurrentes, de veiller avec tact et fermeté à la stricte observation des règles de la cure d'air et de repos. Il n'y a pas si longtemps que le médecin de sanatorium devait plus faire montre de qualités de bon administrateur, que de spécialiste en physiologie.

La mise en pratique des méthodes de collapsothérapie a complètement renversé cet état de choses. En présence de tout malade nouveau, la question qui se pose n'est plus : est-il curable, mais : est-il justiciable de la collapsothérapie ? Si non, il rentre dans les conditions anciennes de la thérapeutique antituberculeuse. Si oui, il s'agit désormais d'assurer la réalisation du collapsus pulmonaire dans les conditions les plus favorables. Il n'est plus dès lors question de choix d'un climat, de la recherche du grand air, mais au contraire d'un médecin capable de réaliser le pneumothorax, car il vaut mieux, selon la propre expression du professeur BEZANÇON, « un bon opérateur dans une ville, fut-elle Paris, qu'un opérateur médiocre dans la station située dans le meilleur des climats. »

Et la pratique de la collapsothérapie, nous l'avons déjà dit, n'est pas du domaine de la pratique journalière. Elle demande à la fois une connaissance approfondie de la phtisiologie, afin de pouvoir préciser dans chaque cas les indications ou contre-indications de la méthode et une technique impeccable que confère, seule, une longue pratique. Elle doit donc rester, actuellement du moins, l'apanage du médecin spécialiste, d'autant plus qu'elle ne comprend pas seulement la pratique du pneumothorax, déjà délicate, mais que celui-ci doit être souvent complété par des opérations plus complexes, oléothorax, phrénicectomie, opération de Jacobeus, voire thoracoplastie. Toutes ces opérations nécessitent un personnel compétent, un outillage complexe et coûteux, que possèdent seulement aujourd'hui quelques rares grands centres français.

Nous sommes donc très loin de la conception classique de l'établissement de cure où l'air, la chaise longue

et une table variée et abondante, sont les meilleurs traitements mis à la portée du tuberculeux.

Si, par ailleurs, nous nous plaçons au point de vue prophylactique et social, nous devons constater que l'envoi au sanatorium des malades peu fiévreux, non bacillaires ou paucibacillaires, a moins d'importance que l'isolement des malades en pleine poussée évolutive, que cette poussée soit initiale ou terminale. Enfin, à ne considérer que la récupération fonctionnelle, les considérations d'ordre pronostic et thérapeutique que nous venons de développer longuement, permettent de considérer comme trop étroites les règles qui président à la sélection du malade en vue du placement sanatorial.

Si bien que l'étude de tous ces faits conduit à envisager la nécessité d'introduire dans l'armement antituberculeux, un échelon nouveau, intermédiaire au sanatorium, à recrutement si sévère et au centre hospitalier réservé aux seuls grabataires.

Entre l'un et l'autre, il y a place pour des établissements de soins aptes à recevoir des tuberculeux de toutes catégories, munis de l'appareillage technique le plus perfectionné, et destinés en même temps à isoler et à traiter les tuberculeux. Cette sorte d'établissement porte le nom de sanatorium-hôpital.

LE SANATORIUM-HOPITAL

A dire vrai, la démarcation n'est pas toujours nette entre hôpital, sanatorium-hôpital et sanatorium. La conception du sanatorium-hôpital varie selon les auteurs. Les uns voient en lui un instrument essentiellement prophylactique, les autres surtout un établissement de cure. Les uns souhaitent la création de petits hôpitaux canton-

naux pour tuberculeux sous la surveillance d'un praticien de la région ; d'autres demandent la création d'immenses établissements drainant tous les tuberculeux dans une « cité interdite ».

Pour notre part, considérant la nécessité d'un diagnostic très précis, l'importance croissante des méthodes thérapeutiques nouvelles médico-chirurgicales, nous pensons que l'armement antituberculeux devrait comprendre, outre le dispensaire, centre de diagnostic, de prophylaxie et d'aiguillage, les trois échelons suivants :

Le service hospitalier urbain, centre thérapeutique d'urgence et d'observation ;

Le sanatorium-hôpital destiné à recevoir tous les tuberculeux justiciables d'un traitement quelconque, vaste et parfaitement équipé, et constituant un *centre hospitalier médico-chirurgical pour tuberculeux* ;

Enfin, le centre de réadaptation et de placement pour tuberculeux guéris.

De l'hôpital, nous ne dirons rien, si ce n'est qu'il importe avant tout de placer les phthisiques dans des salles isolées ; il est en effet déplorable de constater qu'aujourd'hui encore les tuberculeux, même dans des hôpitaux importants, sont placés en salle commune.

Quant aux centres de réadaptation, nous avons consacré à leur étude un chapitre spécial.

Il nous reste donc à établir les caractéristiques du sanatorium-hôpital, et tout d'abord à nous demander où placer cette catégorie d'établissements. C'est aborder le problème des climats dans la tuberculose pulmonaire.

Climats et Tuberculose pulmonaire. — James-Alexander MILLER, dans un numéro récent du *Tubercle*, a consacré à cette importante question, un long et remarquable article où il rappelle tout d'abord un certain nom-

bre de règles de bon sens que l'on a trop tendance à oublier.

Tout transport fatigant est contre-indiqué chez les fébriles, les hémoptéïques, les cachectiques. Il ne faut pas envoyer à la légère un malade dans une station climatique s'il n'a pas les moyens matériels d'y rester un temps suffisant ; s'il ne peut y trouver les soins, la nourriture et le logement que nécessite son état. En particulier, une surveillance médicale avertie est absolument nécessaire.

Aussi, s'il est incontestable que des conditions climatiques favorables rendent la cure hygiéno-diététique plus facile et plus profitable, il n'en reste pas moins vrai que les conditions de vie du tuberculeux jouent un rôle encore plus considérable et qu'en particulier, les méthodes thérapeutiques priment nettement la question du climat.

Et le point le plus intéressant de l'étude de MILLER est celui où il affirme sa conviction que les résultats obtenus, tant immédiats qu'éloignés, sont sensiblement les mêmes, quelle que soit la région dans laquelle les malades sont envoyés. Son opinion est basée sur une statistique de 1.028 cas de sa clientèle personnelle. Il a recherché le pourcentage de malades apparemment guéris, améliorés, non améliorés ou morts, d'une part chez ceux qui ont été se soigner dans des régions des Etats-Unis qui sont considérées comme particulièrement favorables ; d'autre part, chez ceux qui sont restés à New-York ou dans les environs immédiats de cette ville. On a ainsi cinq lots de malades, d'après la région où ils se trouvent : Nord (les Adirondacks) ; Ouest (Colorado) ; Sud (Asheville) ; Sud-Ouest (Arizona) ; enfin, New-York. Or, il se trouve que les résultats obtenus à New-York sont sensiblement les mêmes que ceux obtenus dans n'importe quelle autre région.

D'où la conclusion que le climat en soi n'est pas un facteur de guérison.

Nous avons nous-même observé plusieurs fois des malades qui, toutes choses égales d'ailleurs, supportaient mieux la plaine que l'altitude.

Aussi bien, certains pays comme le Danemark et la Hollande ne peuvent offrir de cure de montagne à leurs tuberculeux ; néanmoins, la proportion des guérisons ou des améliorations y est aussi élevée qu'ailleurs. Sans aller bien loin, nous n'avons qu'à constater l'excellence des résultats obtenus dans les sanatoriums de la banlieue parisienne, tels que Bligny ou la Tuyolle.

Il n'est bien entendu pas question de faire ici le procès des stations climatiques pour tuberculeux, mais de se demander simplement si, devant l'importance des dépenses exigées par la construction et l'entretien des sanatoriums d'altitude, une solution moins dispendieuse ne saurait être envisagée.

En un mot, vaut-il mieux réserver la cure de montagne à quelques rares privilégiés, que d'ouvrir, pour des frais à peine supérieurs, de vastes établissements pouvant recevoir un très grand nombre de malades.

Poser la question, après les explications préliminaires que nous venons de donner, c'est la résoudre par la négative, d'autant plus que la prééminence des méthodes de collapsothérapie sur la cure climatique est aujourd'hui admise à peu près unanimement.

CARACTÉRISTIQUES DU SANATORIUM-HOPITAL

Il suffit que le sanatorium-hôpital soit placé dans une zone aérée, à l'abri des poussières et des fumées des villes ; qu'il soit protégé des vents et par conséquent, de préférence dans une région boisée et vallonnée ;

qu'il soit construit sur un terrain perméable et à quelque distance de tout cours d'eau pour éviter les brouillards ; que les galeries de cure, enfin, soient orientées autant que possible vers le sud-est, afin de recevoir le maximum d'insolation.

Ces conditions ne sont pas difficiles à réaliser, et toutes les régions de la France peuvent les fournir.

Si, comme nous l'avons déjà dit, la lutte antituberculeuse doit se développer dans le cadre départemental, il importe que chaque département possède son sanatorium-hôpital et que ce sanatorium-hôpital soit construit à une faible distance du chef-lieu du département ou d'une ville importante, en tous cas à une faible distance d'un nœud de communications.

Et ceci pour plusieurs raisons très importantes dont la première est de permettre aux familles des malades de venir fréquemment visiter les leurs. L'action psychologique bienfaisante de cette visite dominicale est considérable et bien connue des médecins de sanatoriums. Nous avons, pour notre part, observé souvent des malades qui n'endureraient un long séjour en sanatorium, que grâce à ce fréquent contact familial. Combien de familles, d'autre part, qui auraient hésité à envoyer un des leurs au loin, et qui acceptent aisément le placement du malade dans un établissement voisin.

Cette proximité des villes permet encore de faire bénéficier le sanatorium-hôpital des ressources médicales du centre urbain voisin. La thérapeutique de la tuberculose prenant sur la cure hygiéno-diététique une importance chaque jour plus considérable, le sanatorium aura, outre son service radiologique et son laboratoire, sa salle d'opérations. Et sans parler d'exiger, comme nous l'avons observé dans quelques grands centres sanatoriaux allemands, la présence constante de chirurgiens

au sanatorium, la proximité de la ville permet l'accès facile d'un opérateur qualifié pour pratiquer sur place les phrénicectomies et les thoracoplasties. L'otorhinolaryngologiste et le dentiste, ces collaborateurs si utiles à l'amélioration du tuberculeux en voie de stabilisation, peuvent, eux aussi, grâce à cette faible distance, fréquenter aisément le sanatorium-hôpital.

Que dire encore des autres caractéristiques des sanatoriums-hôpitaux ? Vaste établissement unique ou pavillons séparés, galeries de cures attendant ou non aux dortoirs, autant de questions d'une importance relative et que nous n'aborderons pas ici. Souhaitons néanmoins qu'à l'exemple de l'Angleterre, de la Belgique, de la Tchécoslovaquie, de l'Italie, une commission mixte d'architectes et de médecins phthisiologues, réunie soit par le Comité National ou par le Ministère de la Santé publique, établisse des plans rationnels de constructions hygiéniques et économiques, afin d'éviter, lors de la création de nouveaux établissements, des dépenses superflues ou encore des erreurs techniques préjudiciables aux malades.

Quant aux conditions d'admission, elles peuvent être aisément établies : le recrutement, au point de vue médical, doit englober tous les tuberculeux, à quelque catégorie qu'ils appartiennent. Pour les curables, le sanatorium-hôpital offre toute la gamme des traitements médicaux ou chirurgicaux modernes et permet la cure de repos qui en est l'indispensable complément ; pour les incurables, le sanatorium-hôpital facilite l'isolement dans des conditions d'hygiène et de tranquillité morale et matérielle favorables aux malheureux phthisiques.

Au point de vue social, le recrutement peut se faire dans toutes les classes de la société : assurés aux assurances sociales ou aux assurances privée, assujettis à

l'assistance publique, malades payants, enfin, tous sont reçus.

Il est à supposer, en particulier, que les assurés sociaux fourniront une bonne part de la clientèle des sanatoriums-hôpitaux. Des conventions passées entre les caisses et l'organisme qui gère l'établissement, c'est-à-dire l'Office départemental, fixeront les conditions d'hospitalisation, au mieux des intérêts de chacun.

AVANTAGES DU SANATORIUM-HOPITAL DÉPARTEMENTAL

La création d'un établissement unique de soins pour tuberculeux sera pour chaque département un progrès immense. Les avantages sont de tous ordres.

Au point de vue scientifique, envoyer tous les tuberculeux et d'urgence dans un établissement possédant tout le personnel et le matériel techniques nécessaires, c'est avoir les plus grandes chances d'attaquer l'infection au début de son évolution, donc de guérir le malade ; c'est, en tout cas, isoler et par là même tarir les sources de contamination.

Au point de vue psychologique, il n'est pas mauvais de grouper (quoique, si l'on veut, dans diverses salles) des sujets à divers stades de leur maladie. Pour les plus atteints, la vue de ceux qui guérissent est d'un puissant réconfort. Pour ceux qui évoluent favorablement, la présence des grabataires leur rappelle opportunément qu'ils sont atteints d'une maladie grave qui demande de longs mois de soins et une discipline de vie sévère.

Au point de vue financier, enfin, un établissement construit à quelque distance d'une ville est moins coûteuse qu'un sanatorium lointain. Le ravitaillement, le transport des malades se font sans difficultés, alors qu'ils

sont particulièrement onéreux pour les sanatoriums d'altitude.

Il apparaît donc, en définitive, que l'isolement et le traitement ne sont pas des indications différentes s'appliquant à des malades différents : au contraire, ils se confondent presque toujours. Le sanatorium-hôpital est l'établissement qui réalise le mieux cette double indication, et d'après certaines statistiques de dispensaires, 80 pour cent des tuberculeux pris en charge sont justifiables de cette catégorie d'établissements.

Or, le nombre de lits des sanatoriums-hôpitaux s'élève actuellement en France à 3.600. Ce chiffre demande à être au moins décuplé pour permettre le placement des tuberculeux contagieux.

Chaque département devrait obligatoirement posséder un nombre de lits de sanatorium-hôpital, en rapport avec le chiffre de sa mortalité tuberculeuse. Or, l'entretien et la création de ces établissements sont particulièrement onéreux.

Certes, des commissions hospitalières, des municipalités, des conseils généraux, se sont bien engagés dans cette voie, mais ils ont rencontré des difficultés d'ordre budgétaire souvent insurmontables. C'est, qu'en effet, aucune aide n'est apportée par l'Etat, sauf de rares subventions prélevées sur les fonds du pari-mutuel. Et cependant, l'appui de l'Etat est nécessaire : le seul moyen de l'obtenir est de faire octroyer, par voie législative, les avantages financiers de la loi du 7 septembre 1919 aux sanatoriums-hôpitaux, sous peine, pour ces établissements, de se soumettre à certaines conditions d'installation, d'outillage, de direction médicale, de liaison avec les dispensaires.

Grâce à une loi semblable, la lutte antituberculeuse

ferait en très peu de temps, des progrès considérables dans notre pays.

Il est entendu, d'ailleurs, que les sujets qui rentrent actuellement dans le cadre des malades de sanatoriums et qui sont en fait des convalescents, plus que des malades, pourraient être envoyés pour quelque temps, après la cure à l'hôpital-sanatorium, dans de véritables établissements de convalescence, situés en pleine campagne ou en montagne, aménagés dans d'anciennes propriétés ou dans des constructions neuves, légères, simples, à amortissement rapide.

Mais, dès maintenant, il apparaît comme une erreur de vouloir construire dans des régions éloignées, des édifices massifs, à prix élevé, pour un nombre de lits restreint.

A la conception dispensaire, sanatorium, hôpital, doit faire place la conception : dispensaire, sanatorium-hôpital et sanatorium de convalescence.

CHAPITRE III

Les Œuvres Post-Sanatoriales

La question de l'avenir du tuberculeux, qui d'abord avait été considérée par les phthisiologues comme un problème secondaire, est passée désormais au premier rang de leurs préoccupations. La tuberculose ayant été longtemps tenue pour une maladie incurable, l'isolement avait été la grande idée de la fin du siècle dernier. Mais les incontestables progrès thérapeutiques de ces dernières années et en particulier la collapsothérapie nécessitent, nous l'avons dit, une refonte complète de l'armement antituberculeux. Nous avons insisté longuement, dans le précédent chapitre, sur la conception que l'on doit se faire désormais du sanatorium. Le problème de l'*after-care* mérite, lui aussi, une étude approfondie.

APRÈS LE SANATORIUM

L'armement antituberculeux souffre en effet d'un vice fondamental. Il est devenu banal de dire qu'un tuberculeux n'est pas sauvé parce qu'il s'est reposé six mois dans un sanatorium et qu'il a tant bien que mal stabilisé ses lésions. Certes, il est facile de recommander au *sortant* une vie paisible au grand air, un travail modéré et progressif. Mais les nécessités sociales sont là qui obligent le chargé de famille à reprendre le métier, pour assurer le pain de ses enfants.

Que de lamentables situations n'avons-nous pas journellement observées, dans les dispensaires ou sanatoriums populaires de la région parisienne, de sujets qui, défavorisés dans la lutte pour la vie, par un organisme déficient et fragile, sont dans l'obligation immédiate de

reprendre un labeur pénible et bien au-dessus de leurs forces.

Nous ne saurions donner un exemple plus suggestif, que celui des cinq observations suivantes, recueillies par nous, en un mois, dans un sanatorium populaire de femmes de l'Office départemental d'Hygiène public de la Seine.

Observation I. — Ch... Marguerite, 21 ans

Cause de la sortie du sanatorium : fin de cure (6 mois).

Pneumothorax thérapeutique gauche, créé un an auparavant.
BK = 0 ; bon état général.

Aptitude au travail : complète.

Mère, un frère, une sœur morts de tuberculose.

Seul reste le père, 51 ans, tenant un débit de vin, en instance de faillite.

La jeune fille n'a aucune aptitude professionnelle spéciale. Travaillera en usine, ne pouvant trouver du travail ailleurs.

Observation II. — V... Marthe, 20 ans.

Cause de sortie : fin de cure (6 mois)

Lésions bilatérales excavées.

BK = + ; état général médiocre.

Aptitude au travail : nulle.

La famille comprend : père tuberculeux à l'hospice de Bicêtre. Mère rhumatisante chronique à la Salpêtrière. Frère, chargé de famille, a déclaré en pouvoir entretenir sa sœur.

La malade exerçait la profession de mécanicienne ; va reprendre ce travail en usine, n'ayant aucune ressource.

Observation III. — B... Renée, 24 ans.

Cause de sortie : fin de cure (6 mois).

Pneumothorax symphysé ; moignon évolutif.

BK = rares ; état général assez satisfaisant.

Aptitude au travail : médiocre.

Aucune famille.

Va reprendre en sortant son ancienne profession de domestique en maison bourgeoise.

Observation IV. — J... Julie, 35 ans.

Cause de sortie : fin de cure (6 mois).

Lésions bilatérales excavées évolutives.

BK = abondants. Etat général médiocre.

Aptitude au travail : nulle.
Veuve avec trois enfants de 8, 7 et 6 ans placés à l'Assistance publique.
Profession habituelle : blanchisseuse.
Rentre chez elle et reprend son travail.

Observation V. — R... Fernande, 28 ans.
Cause de sortie : fin de cure (6 mois).

Tuberculose fibreuse bilatérale, à prédominance droite.
Excellent état général, mais encore bacillaire.
Aptitude au travail : partielle.
Abandonnée par son mari qui a disparu. Quatre enfants à sa charge, de 8, 6, 4 et 1 an, placés à l'Assistance publique, mais qui lui seront rendus dès sa sortie.
Aucune aptitude professionnelle spéciale. Elle fera des ménages.

Les exemples pourraient être multipliés à l'infini. Ceux-ci sont assez démonstratifs : il est en effet fort probable que sur les cinq femmes considérées, quatre au moins d'entre elles feront des rechutes à bref délai et entreront à nouveau soit à l'hôpital, soit au sanatorium. Sans compter que l'une d'elles risque de contaminer ses enfants (Observation V) et une autre les enfants des familles où elle ira travailler (Observation III).

Dans les cinq cas, rendement social nul, et danger public qui n'a pas été écarté.

Et de semblables exemples ne s'observent pas seulement dans les sanatoriums populaires, mais encore dans les hôpitaux et surtout les dispensaires et les centres de réinsufflations, où l'on voit revenir fréquemment des malades aggravés parce que la cure de repos n'a pas été assez prolongée, ou parce que le sujet, cliniquement guéri ou très amélioré, n'a pu trouver un travail modéré conforme à son état de santé.

La constatation de cet état de choses a amené certains auteurs à proclamer la faillite du sanatorium ; faillite au point de vue moral, car il est cruel de secourir un malade pendant quelques mois pour l'abandonner plus

tard ; faillite au point de vue social, car les malades remis sur pieds provisoirement, retombent fatalement et rapidement à la charge de la société. Il n'y a pas cependant faillite du sanatorium. Il y a seulement à considérer et à comprendre que le sanatorium, s'il est une pièce maîtresse de l'armement antituberculeux, n'est pas tout.

Et L. GUINARD a bien raison de dire : « C'est de ce qui suivra le sanatorium que dépendent surtout la valeur et la pérennité du résultat de sortie. »

La société n'a donc pas rempli tous ses devoirs, lorsqu'elle a pris un tuberculeux à sa charge pendant quelques mois. Elle doit encore se préoccuper de son avenir ; le placer sous surveillance médicale constante grâce à des examens fréquemment répétés et gratuits ; et lui permettre de gagner sa vie dans des conditions particulièrement favorables au maintien de sa santé.

Les Assurances Sociales viennent donner au problème une acuité toute nouvelle. Car si, jusqu'à présent, la société avait le devoir moral de secourir le tuberculeux, désormais le tuberculeux a droit aux secours de la collectivité. La question prend donc un tout autre aspect.

Et pour qui sait les lacunes de l'armement antituberculeux, pour qui a vu la fréquence des cas lamentables où la collectivité ne pouvait rien pour les malades les plus dignes d'intérêt, on se demande avec angoisse quelles sommes énormes vont être englouties en faveur de ces malheureux. On se demande si les caisses d'assurances pourront faire face à des dépenses aussi écrasantes.

M. Eugène BRIAU a eu le mérite d'attirer le premier l'attention sur cette grave question. Evaluant à 300.000 le nombre des tuberculeux qui seront à la charge des Assurances Sociales, il émet l'hypothèse que 100.000 se feront soigner assidûment chez eux, et 80.000 seront hospitali-

sés. Si l'on accorde aux premiers une vacation médicale et pharmaceutique de 20 fr. par semaine, on obtient une dépense annuelle de 100 millions. Les frais d'hospitalisation des autres s'élèveront à 400 millions ; soit une dépense annuelle de 500 millions.

Or, certain rapporteur de la loi évaluait à 566 millions la dépense annuelle totale pour frais médico-pharmaceutique. D'après les calculs de BRIAU, il y aurait donc 500 millions pour les tuberculeux, et 66 millions pour toutes les autres maladies. On voit sans peine le résultat paradoxal d'une pareille investigation.

Et cependant, tenues par la loi à s'occuper des tuberculeux invalides ; tenues, dans leur propre intérêt, à limiter autant que possible les rechutes des tuberculeux stabilisés, les caisses d'assurances doivent s'inquiéter de la façon d'obtenir ces résultats dans les conditions les plus économiques et les plus satisfaisantes.

Faillite de la loi sur les Pensionnés de guerre. — Il faut en particulier éviter de retomber dans les erreurs de la loi sur les pensionnés de guerre. Certes, on ne saurait trop souligner tout ce qu'on doit aux victimes de la guerre. Mais il est incontestable que la loi a fait faillite et qu'elle n'a nullement rempli le but que se proposait le législateur.

Tous les médecins de dispensaire connaissent de ces réformés à 100 % pour tuberculose pulmonaire, qui atteints de phtisie fibreuse à évolution traînante, survivent pendant des années avec un état général relativement conservé, et qui, complètement désœuvrés, passent le plus clair de leur temps au cabaret. On peut évaluer que plus de la moitié de ces réformés sont devenus en outre des alcooliques, et que presque tous, bacillaires et ne prenant aucune précaution même élémentaire, cons-

tituent des foyers de contagion permanents. En résumé, cette loi est extrêmement coûteuse et d'un rendement social parfaitement nul.

Et il y a un danger extrême à voir se généraliser, du fait des Assurances Sociales, des mesures aussi dispendieuses qu'inopérantes. Il faut, par contre, recommander aux caisses une politique sanitaire à la fois efficace et économique, dont nous allons essayer de dégager les principes.

La question des œuvres post-sanatoriales a été déjà l'objet de travaux nombreux et de tentatives plus ou moins heureuses.

LE TRAVAIL AU SANATORIUM

Tout d'abord certains auteurs se sont plus particulièrement attachés, à la suite de PATERSON, à considérer le travail comme partie intégrante de la cure sanatoriale. Sa méthode est appliquée dans de nombreux sanatoriums, et c'est sous son influence que la législation danoise fait obligation aux malades de fournir une certaine quantité de travail au sanatorium, suivant les prescriptions médicales. Outre les avantages d'ordre médical, sur lesquels nous n'avons pas à insister ici, il est incontestable que cette méthode permet aux malades de reprendre progressivement, et sans heurt, leur vie habituelle, et de passer ainsi insensiblement du sanatorium à l'atelier, à la ferme ou au bureau.

Mais ceci n'entre pas moins dans la question, plus générale, des soins à donner après la cure sanatoriale proprement dite. Car il y a, nous semble-t-il, une certaine confusion dans les termes. Partisans et adversaires de la méthode de PATERSON s'accordent à dire que dans tous les cas, la reprise du travail ne peut être tentée que chez

des malades apyrétiques et stabilisés. Que ce travail soit repris au sanatorium même, ou dans une station de convalescence, la différence est minime. Toute la question consiste à se demander comment, une fois sorti d'un de ces établissements, l'ancien tuberculeux va pouvoir acquérir son indépendance économique et subvenir à ses propres besoins.

La question a été fort agitée dans le domaine théorique ; mais il faut reconnaître que les applications ont été rares et le plus souvent désastreuses. Certes, on peut citer, et on cite toujours le célèbre village-sanatorium de Papworth en Angleterre ; on cite encore les colonies de travail créées par ROLLIER à Leysin pour les osseux ; mais à part quelques rares succès, dûs sans doute surtout à l'inlassable dévouement d'hommes comme VARRIER-JONES ou ROLLIER, il faut avouer que les déconvenues ont été beaucoup plus fréquentes que les réussites.

En France, même, quelques essais ont été tentés. Des colonies de réadaptation à la vie rurale, ouvertes pendant la guerre, ont été rapidement abandonnées pour des raisons financières. Plusieurs centres de rééducation, dont le principal est la colonie franco-britannique de Sillery ne sont pas destinés à des adultes convalescents, mais à des enfants prédisposés : ce sont en réalité des centres d'apprentissage agricole. A part cela, il n'y a rien. Les villages-sanatoriums d'altitude, type Passy-Praz-Contant ne sauraient donner le change : ce sont des sanatoriums où les malades sont logés dans des chalets séparés, au lieu d'être tous groupés dans un unique et vaste bâtiment.

Si donc le problème du placement des tuberculeux a reçu si peu de solutions satisfaisantes, et s'il est à peine entré jusqu'à présent dans le domaine de la pratique,

c'est sans doute qu'il est extrêmement malaisé à résoudre.

Et, en effet, dès que l'on veut passer aux applications, toute une série de difficultés surgissent, inextricables.

CONDITIONS DE RÉADAPTATION DU TUBERCULEUX

Il ne faut pas seulement au tuberculeux stabilisé, un travail répondant à certaines conditions ; il faut encore un genre de vie spécial et passablement coûteux. Logement, nourriture et autres contingences ont autant d'importance que le travail lui-même.

Le logement doit être vaste, aéré, orienté au sud, avec chambre indépendante pour l'ancien malade. La nourriture doit être saine, abondante, variée. Il importe encore que le travail se trouve à proximité du logement du tuberculeux. C'est une erreur que de recommander au tuberculeux de s'installer à la campagne pour venir travailler à la ville voisine. Que de fois avons-nous vu de malheureux convalescents qui croyaient bien faire en louant un petit pavillon de banlieue, alors que leur profession les appelait chaque jour à Paris. Le voyage d'aller et retour, long, fatigant dans les surchargés et mal commodes trains de banlieue, leur faisait perdre, et davantage, le bénéfice d'une nuit passée dans un air relativement pur.

Le tuberculeux ne saurait donc économiser sur sa nourriture et son logement qui lui reviendront plus cher qu'à un travailleur ordinaire, et cependant son salaire sera moindre en raison de la plus faible capacité de travail.

Quant à la profession à exercer, son choix dépend de certains facteurs bien précis.

Il faut en premier lieu procurer à chaque tuberculeux

l'emploi qui lui permettra de donner son rendement maximum, c'est-à-dire où il sera le plus productif en se fatigant le moins possible. Il y a là une sorte d'équilibre à établir entre le facteur santé et le facteur rendement économique. Il est certain qu'il y a plus d'intérêt à verser une faible subvention au tuberculeux pour lui permettre de compléter son salaire insuffisant, plutôt que de l'ignorer quelque temps pour le voir revenir aggravé quelques mois plus tard, immobilisé par une rapide rechute.

L'organisation post-sanatoriale doit encore procurer au tuberculeux un emploi qui ne constitue pas un danger pour l'entourage. C'est là un obstacle parfois difficile à surmonter, surtout pour les femmes qui se placent souvent comme domestiques dans des maisons où il y a des enfants en bas-âge.

Enfin, il faut choisir des professions qui n'offrent pas de trop grandes incompatibilités avec les desiderata des employeurs. C'est ainsi que la grosse difficulté réside à trouver du travail pour quelques heures par jour seulement. Dans les professions industrielles, les employeurs refusent presque toujours l'entrée des ateliers aux convalescents de tuberculose qui immobilisent par exemple une machine-outil pour un travail de quatre ou cinq heures par jour, maximum autorisé par le médecin. De même, dans les campagnes, on hésite à engager un ancien tuberculeux qui aura, certes, des périodes de travail ralenti, mais duquel on pourra exiger quatorze et seize heures de travail par jour au moment des foins ou des vendanges par exemple.

Telles sont rapidement énumérées les principales difficultés qui se dressent lorsqu'on veut procurer du travail aux convalescents de tuberculose pulmonaire. Il nous reste à envisager, compte tenu des considérations

précédentes, les solutions qui nous paraissent les plus pratiques et les plus à la portée des Instituts d'Assurances qui verront bientôt se poser le problème.

Deux catégories de solutions : ou bien donner au tuberculeux un nouveau métier, plus conforme à son état de santé, ou bien lui chercher du travail, en rapport avec sa situation antérieure, et sans rééducation professionnelle préalable.

LES CENTRES DE RÉÉDUCATION

Dans la première catégorie entrent les ateliers de rééducation et les colonies agricoles temporaires.

Les premiers doivent enseigner des métiers peu fatigants, mais le plus souvent minutieux et qui nécessitent une habileté manuelle et une faculté d'adaptation qui sont loin d'être le fait de la plupart des malades. C'est ainsi que les professions d'horloger, de coiffeur, de typographe, de tailleur en vêtements, sédentaires par excellence et très favorables aux tuberculeux, exigent un long apprentissage. Les professions de vannier, sabotier, menuisier, plus simples à exercer, exigent déjà, souvent des efforts musculaires plus grands. C'est pourquoi toutes ces professions ne peuvent être enseignées qu'à une minorité de malades.

Et d'ailleurs, ce métier une fois appris, il faut pouvoir l'exercer. Nous avons dit toutes les difficultés du placement des anciens malades dans des ateliers ordinaires. Il faut donc créer des ateliers spéciaux. Il en existe quelques-uns en Angleterre (manufacture de cuirs de Spero) et aux Etats-Unis (usine de vêtements Altroshop de New-York) qui, paraît-il, équilibrent à peu près leur budget. Cette solution paraît donc avantageuse, mais il est certain que si elle est acceptable pour quelques-uns, elle ne saurait répondre aux besoins de la plupart des malades.

On a pensé encore à orienter les convalescents vers les emplois agricoles. Partant du principe que le grand air est éminemment nécessaire aux tuberculeux, nombre de médecins ont inconsidérément envoyé leurs malades à la campagne, pour y chercher du travail. Or, presque toutes les professions agricoles sont très pénibles, et les résultats sont presque toujours désastreux.

Le principe de l'envoi du tuberculeux stabilisé à la campagne a complètement fait faillite, à moins bien entendu qu'on puisse lui procurer un emploi de tout repos tel que concierge d'une propriété, garde-barrière, par exemple. C'est pourquoi l'axiome : mieux vaut un ancien tuberculeux exerçant une profession sédentaire à Paris, qu'un métier pénible à la campagne, paraît comme un des principes les plus assurés de la phtisiologie moderne.

Donc les colonies d'enseignement agricole ne doivent apprendre aux anciens malades que des professions telles que l'horticulture et l'élevage sous toutes ses formes.

Mais, là encore, les difficultés de placement surgissent à la sortie du centre de rééducation. Au moment où, comme l'on dit, l'agriculture manque de bras, les propriétaires et les fermiers hésitent à embaucher des sujets qui ne pourront fournir qu'un effort modéré. Là encore, il ne suffit pas de créer des colonies d'enseignement agricole, mais des colonies agricoles permanentes pour anciens tuberculeux.

C'est pourquoi les véritables succès en cette matière ont été obtenus par des entreprises qui comprennent tous les degrés de l'armement antituberculeux et qui, englobant les malades dans un cycle complet, ne leur offrent nulle tentation d'aller chercher péniblement ailleurs ce qu'on leur procure si aisément sur place.

PAPWORTH

C'est ce qu'a bien compris VARRIER-JONES en créant le village sanitaire de Papworth, dans le Comté de Cambridge. Cet organisme autonome, vivant grâce aux subventions privées, comprend tous les éléments nécessaires à la cure et à l'existence de tuberculeux de toutes gravités.

A son arrivée, le malade est mis en observation à l'hôpital, qui reçoit même des tuberculeux avancés, à condition, toutefois, qu'on puisse espérer une amélioration et une reprise, même très partielle du travail. L'hôpital recueille encore les sujets qui ont vu leur état s'aggraver, durant leur séjour à Papworth. On ne renvoie, en effet, jamais un malade du village, parce que son état a empiré.

Après un court séjour d'observation à l'hôpital, l'arrivant passe au sanatorium où il suit la classique cure de repos ; puis il est soumis après un temps plus ou moins long et sous surveillance médicale au régime d'entraînement au travail. Si l'épreuve est favorable, il devient alors colon, habite l'*hostel*, où la discipline est moins sévère, et partage désormais son temps entre un travail modéré et des heures de repos. Enfin, après un certain délai, l'ancien malade peut louer un cottage et s'y installer avec sa famille, moyennant un loyer minime. Le tuberculeux pourra rester toute sa vie dans ce milieu, y vivre une existence quasi-normale, avec des conditions de travail salubres, et une constante surveillance médicale.

Les professions exercées à Papworth sont nombreuses. Peu de professions agricoles, pour ne pas surmener les anciens tuberculeux ; seuls sont admis l'élevage des

volailles et des porcs, très prospère, et l'horticulture qui suffit aux besoins en légumes de toute l'installation. Par contre, diverses industries forment une entreprise commerciale florissante, ayant son magasin de vente à Londres. Les principales industries exercées sont : l'ébénisterie et la menuiserie ; l'imprimerie, très soignée, qui imprime entre autres, et fort bien, les livres ou brochures ayant trait au village-sanatorium ; la tapisserie, la fabrication des valises et mallettes ; enfin la fabrication des chaussures et la joaillerie réservées aux plus atteints.

Le nombre des travailleurs augmente chaque année : de 11 en 1918 il est passé progressivement à 123 en 1927. Au point de vue économique, la plupart des malades ont acquis une indépendance à peu près complète : on a, en effet, évalué qu'un malade qui travaillait à Papworth, ne coûtait à l'institution que quatre livres sterling par an.

Papworth est incontestablement une merveilleuse réussite, qui a entraîné la construction de quelques autres villages sanitaires, Preston Hall et Borrow More Hall en Angleterre, la colonie de Sannum en Allemagne ; quelques autres aux États-Unis et en Hollande.

Mais encore une fois, et malgré l'éclatante démonstration de Papworth, il est à croire que les difficultés d'organisation et l'importance des capitaux à engager sont tels que bien peu d'institutions publiques ou privées osent en tenter l'expérience, puisque les réalisations sont si rares et les échecs si fréquents.

A plus forte raison, les caisses d'assurances françaises, ayant, dès leur fonctionnement, à faire face à des dépenses importantes, au point que l'on ne sait si leur équilibre financier pourra être assuré dès les premières années, ne sauraient-elles s'offrir le luxe de bâtir à grands frais des villages sanitaires modèles.

Nous en arrivons donc à envisager des solutions moins

onéreuses qui consistent à chercher du travail au tuberculeux, compte tenu, autant qu'on peut, de la profession qu'il exerçait avant de tomber malade.

Pour cela, il faut en premier lieu un bureau de placement, intermédiaire à l'employeur et à l'employé, et ensuite des emplois à pourvoir.

LE BUREAU DE PLACEMENT POUR TUBERCULEUX

Le bureau de placement peut être facilement créé. Une remarquable étude d'Alice CAMPBELL KLEIN et GRANT THORNBURN nous rapporte les résultats du fonctionnement d'un bureau de placement pour tuberculeux qui a fonctionné pendant trois ans à New-York. Fondé sur une initiative philanthropique, ce bureau de placement n'a nécessité que des dépenses minimes pour son fonctionnement.

Il a travaillé en liaison étroite avec un dispensaire antituberculeux, ne proposant du travail qu'aux anciens malades dûment examinés et radioscopés ; les sujets placés restant sous la surveillance du dispensaire et y passant des visites périodiques.

L'employeur est informé de l'état sanitaire du candidat ; il reçoit l'assurance de sa non-contagiosité ; et il est prévenu que le bureau s'engage à lui signaler toute modification survenue dans l'état de l'employé.

L'expérience rend bien compte des difficultés nombreuses du placement des anciens tuberculeux : dans près de la moitié des cas, les malades avaient un métier qu'on ne pouvait leur conseiller de reprendre, et plus de la moitié n'avaient aucune suggestion pratique à apporter sur le travail qu'ils pouvaient faire. Aussi, la recherche d'un emploi pour ces sujets était-elle une question

de semaines et parfois de mois ; près du tiers des inscrits n'en put trouver.

Les emplois les plus fréquemment procurés ont consisté, pour les hommes, en travaux d'emballage et surtout de surveillance. Pour les femmes, d'un placement plus facile, on a trouvé les débouchés suivants : couture, mode, postes de dame de compagnie, de manucure, de vendeuses de magasin, de comptable. Le travail de bureau sous toutes ses formes fut particulièrement avantageux : bien rétribué et n'exigeant peu d'efforts physiques. Les situations dans les sanatoriums ont été aussi excellentes, en particulier celles d'infirmières et filles de salles, de secrétaires, concierges et assistants de laboratoire.

Quant aux résultats, ils sont satisfaisants dans l'ensemble. Au point de vue médical, 468 phthisiques ont donné, après trois ans, 54,1 % d'états stationnaires ; chez 22,4 % on a constaté une très nette amélioration, soit dans l'étendue des lésions, soit dans les symptômes fonctionnels, tandis que 23,5 % des cas ont empiré ou sont décédés.

Au point de vue social, si 468 sujets ont été placés, 209 n'ont pu trouver du travail. On observe une diminution générale des gains entre la période qui a précédé et celle qui a suivi la maladie, surtout parmi les travailleurs à salaire élevé. Enfin, et c'est ce qui justifie la création de ces bureaux, le nombre des postes obtenus, la somme totale du salaire gagné, la durée du travail, sont plus élevés dans les situations procurées par le bureau de placement. La question prend donc un tout autre aspect. Les conditions de travail sont meilleures, que dans les situations que les anciens tuberculeux pouvaient trouver par eux-mêmes.

L'expérience paraît donc concluante : à New-York,

un organisme privé a pu placer les deux tiers des tuberculeux sortis de sanatorium, et leur a permis de gagner leur vie. Un organisme officiel ou officieux ne pourrait-il pas en faire autant en France ? Et les caisses d'assurances n'auraient-elles pas tout intérêt à subventionner un tel organisme, plutôt qu'à verser de lourdes rentes aux tuberculeux, qui ont récidivé et compliqué leur état parce qu'ils n'ont pas trouvé un travail conforme à leur état de santé ?

Et lorsque nous parlons d'organisme officiel ou officieux nous songeons tout naturellement à l'Office départemental d'hygiène qui, décidément, groupe tous les éléments de l'armement antituberculeux du département. Chargé du dépistage par ses dispensaires ; chargé du traitement et de l'isolement par son sanatorium-hôpital départemental ; l'adjonction d'un bureau de placement à son siège social, résoudrait en partie le dernier terme du schéma de lutte antituberculeuse : la réadaptation fonctionnelle du tuberculeux cliniquement guéri.

Mais il reste l'irritante question des débouchés à ouvrir à ces anciens malades. Nous en avons maintes fois, au cours de ce chapitre montré les difficultés. Et cependant, les professions qui leur conviennent ne manquent pas. Elles se définissent toutes d'un mot : ce sont des professions sédentaires. Pour les femmes, toutes les situations de la mode et de la couture sont très favorables. Pour les hommes, si le travail de bureau convient parfaitement, il n'est pas à la portée de tous, et des emplois tels que gardiens de bureaux, gardiens de jardins publics, concierges et même gardes de nuit sur les chantiers et dans les usines, sont excellents.

Nous avons été maintes fois frappé de l'aspect des employés du Métropolitain qui poinçonnent les tickets à l'entrée des stations. Que ces fonctions soient réservées

à des femmes, voilà qui est tout naturel ; mais très souvent elles sont assurées par des hommes jeunes et bien portants dont tout l'effort musculaire consiste à pousser un portillon lors de l'arrivée du train. Et c'est là encore un emploi qui, malgré les apparences, conviendrait fort bien à d'anciens tuberculeux.

LES EMPLOIS RÉSERVÉS

Mais la tâche du placement des tuberculeux est ingrate ; elle se heurte à l'opposition irréductible des employeurs. Elle est quasi impossible tant qu'elle ne s'appuiera pas sur des dispositions législatives.

L'exemple nous vient encore une fois d'Allemagne. L'annexe du 12 janvier 1923 à la loi sur l'emploi obligatoire des mutilés de guerre, permet, dans le Reich, d'étendre ses dispositions aux incapacités de travail de plus de 50 %. Les employeurs doivent prendre dans leur personnel 2 % de mutilés, la diminution éventuelle du salaire ne devant être supérieure à l'indemnité d'incapacité de travail qui la compense.

Pourquoi les anciens tuberculeux ne seraient-ils pas assimilés aux pensionnés de guerre ? Pourquoi n'auraient-ils pas droit, eux aussi, à des emplois réservés ? Pourquoi les administrations publiques et les entreprises privées importantes ne seraient-elles pas dans l'obligation d'embaucher une proportion de 1 à 2 % de ces anciens tuberculeux dans des emplois de surveillance ou de demi-travail qui, nous l'avons vu, leur conviennent parfaitement ?

Nous laissons ces suggestions à la méditation du législateur et des administrateurs des caisses d'assurances sociales. Ce que nous avons essayé de démontrer dans ce chapitre, c'est d'abord que le sanatorium n'est pas tout dans le traitement du tuberculeux curable, et que

son avenir dépend plus de ce qui suit le sanatorium que du sanatorium lui-même.

C'est ensuite que le placement de l'ancien phtisique est extrêmement malaisé, et que cependant, il y a intérêt à trouver une solution judicieuse, pour éviter de retomber dans les lourdes erreurs de la loi sur les pensionnés de guerre tuberculeux.

C'est enfin que, en attendant la réalisation théoriquement parfaite, mais encore lointaine, des villages sanitaires, les Offices départementaux d'Hygiène en collaboration avec les Instituts d'Assurances, doivent s'efforcer d'ouvrir des ateliers spéciaux et viser à la création d'emplois réservés aux anciens tuberculeux.

CHAPITRE IV

La Préservation de l'Enfance

Nous avons tenu, dans un chapitre séparé, à réserver quelques considérations sur la préservation de l'enfance contre la tuberculose.

Il est scientifiquement établi, aujourd'hui, que c'est surtout durant l'enfance que s'exerce la contagion tuberculeuse et que dans nos milieux de vieille civilisation, imprégnés depuis longtemps par le bacille de Koch, c'est presque exclusivement pendant les premières années de la vie que se produit la primo-infection tuberculeuse ; les évolutions ultérieures n'étant en réalité, le plus souvent, que des réveils de cette primo-infection, des réinfections endogènes.

C'est donc durant l'enfance que doivent surtout être prises des mesures de prophylaxie et qu'un armement tuberculeux bien compris doit agir avec vigueur et logique.

Les organismes d'Assurances sociales auront à s'inspirer de ces quelques remarques préliminaires pour s'attacher au problème de la prévention de la tuberculose chez l'enfant. Là, encore, une sage politique les conduira sans doute à faire plus de prophylaxie que de thérapeutique, la première étant moins coûteuse et plus efficace que la seconde, et à dresser autour des enfants des assurés, toute une série de mesures protectrices.

Pour cela, elles n'auront qu'à s'inspirer, comme l'ont déjà fait les œuvres privées qui se sont attachées à cette question, des conditions mêmes de la contamination tuberculeuse.

Ces conditions, définies par les lois de LÉON BERNARD et DEBRÉ, tiennent compte de l'âge de l'enfant, de la durée

du contact, de la quantité des bacilles infectants, et nécessitent naturellement la suppression de ces contacts, puisqu'eux seuls sont pratiquement responsables de la transmission de la tuberculose.

Donc, les caisses, en cas de tuberculose au foyer familial, auront à assurer, ou bien l'isolement de l'enfant du foyer contaminé, ou bien l'isolement du malade. Elles pourront enfin favoriser la mise en œuvre de procédés de prévention spécifique, tels que le vaccin B. C. G.

NOUVELLES PERSPECTIVES A LA PROTECTION DE L'ENFANCE

La coordination des efforts des caisses avec les divers organismes sanitaires et en particulier les dispensaires dont nous avons montré l'intérêt tout au cours de ce travail, permettrait en outre d'ouvrir des perspectives nouvelles à la protection de la mère et de l'enfant contre la tuberculose.

C'est ainsi que la loi française prévoit l'assistance de la femme enceinte durant la grossesse et pendant les six mois qui suivent l'accouchement. Elle permet à l'assurée de jouir six semaines avant l'accouchement et six semaines après, de l'indemnité journalière de maladie, égale à la moitié du salaire de base de la catégorie correspondante.

L'assurée qui allaite son enfant a droit, pendant neuf mois, à une allocation mensuelle de 150 francs pendant les quatre premiers mois, de 100 francs durant le cinquième et le sixième, et de 50 francs du septième au neuvième.

L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter complètement son enfant, peut, si l'enfant est élevé chez elle, recevoir des bons de lait dont la valeur

n'excédera en aucun cas les deux tiers de la prime d'allaitement.

Enfin, une disposition extrêmement importante, sur laquelle nous avons déjà insisté, précise que le paiement des allocations précédentes est subordonnée à l'observation par la bénéficiaire des prescriptions faites par les caisses d'assurances, notamment en ce qui concerne les examens médicaux périodiques et la fréquentation régulière des consultations maternelles et des consultations de nourrissons.

C'est mettre l'assuré sous surveillance médicale durant cette période de la vie de la femme, que le professeur Couvelaire a si justement définie « une symbiose physiologique entre la mère et l'enfant, qui va de la conception au sevrage ». Cette disposition permet en effet d'organiser d'une façon rationnelle la prophylaxie anténatale et d'avoir une très heureuse influence sur les mortalités foetale et infantile. Les accoucheurs insistent en effet, à juste titre, sur l'importance de l'examen périodique systématique des femmes enceintes. Que de dystocies décelées par un examen précoce et contre lesquelles on saura se prémunir à temps ; que de syphilis qui, traitées précocement, permettent de conduire à bien une grossesse ; que d'éclampsies puerpérales évitées grâce aux analyses répétées d'urines ! Après la naissance, il en est de même, et les examens fréquents des enfants permettent souvent de prévenir des rachitismes ou des athrepsies, des hérédosyphilis qui pourraient devenir rapidement très graves en l'absence de tout traitement judicieux.

Mais, pour nous limiter à la seule tuberculose pulmonaire, les avantages ne sont pas moindres. Nous avons pu, à la clinique Baudelocque, dans le service du professeur Couvelaire, nous persuader par notre propre

expérience de la valeur des examens généraux pratiqués au début de la gestation. Nous avons constaté, maintes fois, que de jeunes malades dont la tuberculose avait été stabilisée par un pneumothorax, parfois même bilatéral, menaient à terme leur grossesse, sans dommages, ni pour la mère, ni pour l'enfant. Dans d'autres cas, c'est un avortement thérapeutique, dont les indications avaient été mûrement pesées pour chaque cas particulier, qui permettait d'éviter une évolution ultérieure fâcheuse.

Les dirigeants des caisses ne sauraient sous estimer ces avantages des examens périodiques des femmes enceintes, et ils auront tout intérêt, en vue de l'application de ces principes, à passer des conventions adéquates, soit avec les médecins praticiens, soit avec les consultations des maternités.

Enfin, la loi autorisant formellement les assurés à bénéficier des soins préventifs dans les conditions fixées par la caisse, il y a tout lieu de souhaiter que cette disposition permette l'immunisation préventive du nouveau-né par la méthode de Calmette. L'inocuité de la méthode a été presque universellement admise au dernier Congrès International de la Tuberculose d'Oslo et la découverte du B. C. G. constitue un grand progrès scientifique et social, dont il y a intérêt à faire profiter le plus grand nombre d'enfants possible.

Cependant, l'application correcte de la vaccination par le B. C. G., nécessite deux conditions, l'une primordiale qui est l'isolement du nouveau-né vacciné pendant six semaines, afin que l'immunisation ait eu le temps de se produire ; et l'autre, souhaitable, qui est l'isolement permanent de l'enfant plus âgé, même vacciné, du foyer infectant.

L'ISOLEMENT DES ENFANTS

C'est pourquoi l'indication de l'isolement de l'enfant menacé reste entière comme avant l'application de la vaccination antituberculeuse.

Cet isolement, chez le nourrisson, peut se faire, soit par placement dans une crèche, soit de préférence par placement familial selon la méthode mise au point par LÉON BERNARD et COUVELAIRE et que nous avons exposée en étudiant l'armement antituberculeux français.

L'enfant ayant droit, d'après le texte de la loi, aux traitements curatif et préventif dès sa naissance, le placement en pouponnière ou mieux en placement familial surveillé, doit être classé parmi les prestations autorisées par les caisses.

Mais, une difficulté apparaît. L'assujetti assuré ou membre de la famille n'a droit aux soins que pendant une période continue de six mois. Il s'agirait donc d'un placement assez court. C'est pourquoi il est désirable que dans un but de prévention bien compris, les administrateurs de caisses puissent jouer alternativement des lois d'assurance et d'assistance et de l'appui des comités de patronage et des œuvres privées, afin d'obtenir un placement de longue durée.

Ainsi, les méthodes de protection de la première enfance qui ont été si brillamment mises au point par l'école française, pourraient être appliquées dans toute leur ampleur. Et c'est là un résultat dont on ne saurait sous estimer la haute portée.

Pour les enfants d'âge scolaire, les mêmes problèmes se posent aux dirigeants des caisses : dépister les familles contaminées, car la tuberculose est, par essence,

une maladie familiale, prévenir la tuberculose chez les enfants s'il en est encore temps, la traiter s'il est trop tard pour la prévenir.

INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES ET TUBERCULOSE

Pour le dépistage, l'âge scolaire assure la très précieuse possibilité de permettre un examen systématique de tous les sujets arrivés à cette période de la vie, grâce à la fréquentation de l'école. Cet examen serait l'esquisse des examens périodiques de santé dont nous avons déjà montré l'importance en étudiant l'armement antituberculeux des Etats-Unis. Il est pratiqué à l'école dans de nombreux pays et ses avantages sont indéniables.

Nous avons insisté par exemple, sur le fonctionnement de l'inspection médicale des écoles à Cologne, et montré quel appoint apportait cette inspection parfaitement organisée, à la lutte contre la tuberculose, grâce surtout à sa liaison avec les dispensaires.

En France, l'inspection médicale des écoles n'existe que grâce à l'initiative de quelques municipalité. Nous espérons qu'un projet de loi en instance devant les Chambres, permettra bientôt de généraliser cette mesure bienfaisante. Dans ce cas, elle permettra d'orienter les enfants suspects vers les dispensaires, et ces enfants seront placés, s'il y a lieu, en préventorium ou en sanatorium grâce aux caisses-maladie.

LE PREVENTORIUM

Le placement en préventorium est une méthode prophylactique dont la valeur n'est plus à démontrer. Aussi cette catégorie d'établissements s'est-elle largement développée en France, puisque notre armement comprend

actuellement 154 preventoriums dont 107 de plaine, 34 maritimes et 13 d'altitude avec 12.900 lits ; il faut considérer en outre que sur les 12.690 lits appartenant aux 58 sanatoriums marins un certain nombre sont en fait occupés par des enfants de même catégorie.

Et cependant des difficultés ont apparu dans le placement des enfants dans ces stations préventives, par suite de l'absence de définition légale précise du preventorium. Et ces difficultés menacent de s'accroître à l'application des Assurances sociales.

Le preventorium a un double but : préserver d'une part les enfants de la contagion lorsque la tuberculose existe au foyer familial, prévenir d'autre part le réveil d'une tuberculose latente ou bénigne, ancienne ou guérie, en tous cas non contagieuse.

L'isolement se fait soit en placement familial et c'est l'œuvre GRANCHER dont nous avons indiqué les excellents résultats, soit en internat médical surveillé, c'est-à-dire en preventorium.

Or, cet établissement est ignoré par la loi. Si bien que, si l'on s'attachait à la lettre des textes, on serait dans l'impossibilité de soigner à temps dans un établissement à faible prix de journée, et pendant quelques mois, un enfant qui quelques mois plus tard, devenu tuberculeux avéré, pourrait être soigné à grand frais soit au sanatorium soit à l'hôpital.

Le fait pour les preventoriums de n'être pas admis à bénéficier des mêmes avantages que ceux accordés aux sanatoriums par la loi du 7 septembre 1919, risque donc d'entraîner des conséquences sociales et financières désastreuses.

Plusieurs départements, par délibération du Conseil général, ont pris l'initiative de faire entrer le preventorium dans le cadre des lois d'assistance. Cette décision

a permis un essor incomparable de l'armement antituberculeux, et sa nécessité s'est tellement fait sentir, que M. le Ministre du Travail Durafour, par une circulaire du 20 avril 1926, justifiait et encourageait cette manière d'agir.

Le texte de ce décret rappelle, en effet, que conformément à la définition de la Commission permanente de défense contre la Tuberculose, le préventorium antituberculeux est destiné aux enfants de moins de seize ans, non fébricitants, atteints de formes initiales latentes et curables de tuberculose, d'adénopathies bronchiques tuberculeuses et de tuberculoses externes légères non suppurées ne relevant pas d'un traitement chirurgical.

« Ainsi défini », ajoute la circulaire, « le préventorium apparaît comme un véritable établissement de cure, destiné à des enfants atteints de certaines formes curables de la tuberculose, c'est-à-dire à de véritables malades. Ce qu'il prévient, ce n'est pas la contagion initiale qui est déjà un fait accompli, mais l'évolution et l'extension de la maladie, ainsi que les réinfections auxquelles l'enfant est exposé du fait de la cohabitation permanente avec des tuberculeux contagieux.

Rien ne s'oppose, en conséquence, à ce que les préventoriums antituberculeux, comme les hôpitaux ordinaires, reçoivent des enfants inscrits à l'assistance médicale gratuite, si le recrutement en est effectué d'après les principes ci-dessus. »

Le problème, admirablement posé par cette circulaire, n'est pas résolu. Peu ou mal appliquée dans nombre de départements, il lui manque l'autorité que confère seul un texte de loi.

Il est à craindre qu'il en soit pour les administrateurs des caisses, comme pour les autorités départementales. C'est pourquoi il est extrêmement urgent de faire béné-

ficier les préventoriums des mêmes avantages financiers que les sanatoriums et d'étendre à ces établissements les dispositions de la loi du 7 septembre 1919.

Un projet de loi en instance devant les Chambres, tendant à rendre applicable aux préventoriums, les dispositions de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums, doit être prochainement voté.

Ce texte précise les conditions d'admission et de recrutement des malades, les conditions générales d'organisation et de direction, les conditions techniques et hygiéniques d'installation et de fonctionnement des préventoriums publics et privés.

Les départements qui ne possèdent pas encore de préventoriums seront tenus, dans un délai de cinq ans, d'assurer l'hospitalisation des enfants tuberculeux dans les conditions prévues, en passant un traité avec un préventorium public ou privé.

Souhaitons que le vote prochain de cette loi, donne un nouvel essor au développement des préventoriums en France, et favorise ainsi la protection de l'enfance contre la Tuberculose.

CHAPITRE V

La Législation Nouvelle

Nous aurions pu considérer ce travail comme achevé, après avoir passé une revue aussi complète que possible des différentes branches de l'armement antituberculeux français, et après avoir montré quelles relations elles devaient entretenir avec les nouvelles caisses d'assurances sociales. Mais il nous a semblé que ce serait perdre tout l'intérêt de la première partie de cette étude, que de ne pas tirer, de l'examen des institutions antituberculeuses étrangères, quelques conclusions précises.

Ce qui frappe à première vue, chez les nations dont l'armement antituberculeux s'est perfectionné de longue date, comme le Danemark ou le Reich allemand, aussi bien que chez celles qui ont créé récemment, de toutes pièces, un armement moderne, comme l'Italie, c'est le besoin d'unification des efforts parcellaires, de concentration des initiatives prises isolément par des organismes, tant publics que privés. C'est aussi la nécessité, comme les Etats-Unis, le Danemark, l'Allemagne en donnent un exemple frappant, de créer une législation capable de fixer les règles d'hygiène et de déontologie sociale, que doivent appliquer les médecins, en présence d'une tuberculose contagieuse.

Certes, nous croyons que les Assurances Sociales sont susceptibles de favoriser largement l'essor de l'armement antituberculeux français. Mais il manque à notre pays, et il manquera, même avec les Assurances Sociales, un statut légal à la lutte antituberculeuse en France. Il lui manquera, d'une part, des cadres précis dans lesquels pourra s'exercer cette lutte antituberculeuse ; il lui manquera aussi une législation codifiant les principales me-

sures de police sanitaire, qu'il est de toute logique de prendre dans une nation à forte densité de population, et où les dangers de contamination sont multiples.

LES CADRES DE L'ORGANISATION ANTITUBERCULEUSE

A dire vrai, les cadres de l'organisation antituberculeuse française existent en fait. Mais ils n'ont pas l'autorité et la puissance que, seul, confère le titre d'organisme gouvernemental.

Ces cadres sont, en effet, constitués sur le plan national, par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, et sur le plan départemental, par les Offices départementaux d'hygiène sociale.

Il n'est nullement dans notre intention, de dénigrer l'œuvre excellente du Comité National et de sous-estimer les résultats obtenus. Mais, nous l'avons noté, le but du Comité National n'est pas de créer ou de diriger les organismes de lutte antituberculeuse, il favorise seulement leur développement, fait des recherches, fournit des études aux Conseils généraux, aux collectivités, aux simples particuliers qui en font la demande ; en cas de difficultés, il offre sa médiation ; en cas de création de nouveaux organismes, il propose des statuts ; en face de tout problème nouveau, il suggère des solutions. En un mot, il est un organe purement consultatif. Nous savons bien que, grâce à l'incontestée compétence de ses délégués techniques, grâce à l'autorité et la continuité qu'ont su lui imprimer ses dirigeants, il a acquis un tel ascendant, que ses indications ont toujours les plus grandes chances d'être acceptées. Il nous semble, cependant, que le Comité National ne joue pas encore le rôle primordial qu'il pourrait tenir, parce qu'il lui manque la

consécration et l'ascendant que possèdent seuls, les organismes non plus officieux, mais officiels.

Et, puisque le Gouvernement a récemment créé un Ministère de la Santé publique, nous voudrions voir le Comité National, directement rattaché à ce Ministère, et constituer, en quelque sorte, une direction de la Tuberculose au Ministère de la Santé publique.

Il ne nous appartient pas de dire si cette solution est possible, et si les parties intéressées l'accepteraient volontiers. Nous en doutons, à dire vrai. Aussi, ne voudrions-nous pas que notre suggestion fût prise à la lettre. Ce que nous voulons dire simplement, c'est que la protection de la Santé publique est d'une telle importance dans un Etat moderne, que seul, le Gouvernement de cet Etat a l'autorité suffisante, pour prendre en main ce travail, et pour établir les grandes lignes d'une politique sanitaire d'assez grande envergure pour obtenir quelque résultat.

Le même reproche de faiblesse pourrait être adressé aux Comités départementaux antituberculeux, qui sont d'une conception trop étroite. M. Paul STRAUSS, dans un projet de loi déposé devant les Chambres en 1923, avait bien montré les insuffisances de la loi du 15 avril 1916.

Ces insuffisances résident surtout dans la composition rigide des conseils d'administration des dispensaires publics, les empêchant d'admettre dans leur sein, des personnalités qui les ont aidés dès leur début, ou les ont dotés d'importantes libéralités. En raison de cette composition étroite du conseil d'administration des dispensaires, nombre de Comités n'ont pu accepter la formule du Dispensaire public, ce qui a eu pour grave inconvénient, de compromettre leur fonctionnement financier, en restreignant la part contributive des Administrations publiques.

D'autre part, la loi laisse à la création de ces dispensaires, un caractère facultatif, ce qui crée une contradiction flagrante avec le texte de la loi sur les sanatoriums, qui rend obligatoire l'ouverture de ces établissements et les relie obligatoirement aux dispensaires publics, dont la création est cependant laissée au bon vouloir des autorités.

LE PROJET DE LOI STRAUSS

Le projet de loi STRAUSS a l'avantage de pallier à ces inconvénients. Il demande la création, dans chaque département, d'un Office public d'hygiène sociale, chargé d'organiser, dans le département, l'éducation hygiénique, ainsi que la lutte contre les maladies sociales. En ce qui concerne la lutte antituberculeuse, l'Office élabore le programme de lutte antituberculeuse, assure la direction des dispensaires existants et procède à la création de nouveaux dispensaires, s'il y a lieu ; il contrôle le fonctionnement des établissements de prévention et de cure, dans le cadre de la loi du 7 septembre 1919.

L'Office est un établissement public, fonctionnant conformément aux règles admises pour les Offices d'habitations à bon marché. Il est administré par un conseil d'administration, dont la composition est fixée par le décret instituant l'Office, et qui comprend des conseillers généraux, des membres choisis parmi les fonctionnaires attachés aux services publics d'hygiène, d'assistance et de prévoyance, et parmi des personnalités compétentes en matière d'hygiène sociale ; enfin, des représentants des organismes ou associations, qui visent un but connexe. Parmi les institutions qui doivent être obligatoirement représentées, se placent en premier lieu, les assurances sociales et les syndicats médicaux.

Les ressources des Offices publics comprendraient les dotations mobilières et immobilières, que le Conseil général ou les Conseils municipaux intéressés leur constitueraient ; des subventions accordées par l'Etat, les départements, les communes, des établissements publics ou des associations privées ; le produit de dons et legs, d'emprunts contractés par les Offices ; les subventions de l'Etat, conformément à la loi du 7 septembre 1919, pour les sanatoriums gérés par les Offices ; les indemnités payées par les particuliers, non privés de ressources, ou les collectivités, pour le remboursement total ou partiel du prix de journée dans les sanatoriums gérés par les Offices.

Enfin, le projet de M. STRAUSS prévoyait l'extension de l'activité des Offices à la lutte contre les maladies vénériennes, à la protection maternelle et infantile, à la lutte contre le cancer.

Pour nous limiter à la seule lutte antituberculeuse, ce projet présente l'incontestable avantage de donner un statut légal aux Offices départementaux, de leur permettre de grouper, dans leurs conseils d'administration, toutes les personnalités et tous les représentants d'organismes intéressés à la lutte antituberculeuse ; enfin, de recevoir des subventions de ces mêmes organismes.

C'est là, créer ce lien si souhaitable, entre les administrations publiques et les caisses d'assurances, intéressées au même titre, à la protection de la Santé publique.

Un tel organisme puissant, riche, gérant dispensaires, sanatoriums-hôpitaux, préventoriums, établissements de convalescence et de rééducation, groupant des représentants du département, des caisses d'assurances, des syndicats médicaux, et de toutes les œuvres intéressées, constituerait la cellule de base de l'armement antituberculeux. Semblable au consortium provincial italien, il

exercerait un véritable monopole de la lutte antituberculeuse dans le département.

Mais, qui dit monopole, dit autorité, pouvoir de surveillance, de contrôle, c'est-à-dire exercice d'une médecine administrative, officielle.

La question, ainsi posée, dépasse, certes, le cadre de l'armement antituberculeux. Elle n'en mérite pas moins un bref examen, car elle vise à modifier les conceptions traditionnelles de l'exercice de la médecine. Elle tend, de même, à amener une revision de la conception des droits individuels, vis-à-vis de la collectivité.

PRATICIENS ET MÉDECINE SOCIALE

Que dire du médecin ? Sa situation, tant économique que morale, s'est rapidement modifiée. Jadis, le médecin appartenait à cette bourgeoisie aisée, donnant issue à des générations de propriétaires terriens, de magistrats, de médecins intègres et charitables, qui prodiguaient leurs consultations, non pas dans un esprit de lucre, mais afin de faire bénéficier leurs compatriotes du savoir que leur fortune leur avait permis d'acquérir sur les bancs des Facultés.

Mais, de même que la vieille population paysanne française, naguère disséminée dans les campagnes, disparaît peu à peu, cependant qu'un prolétariat, sans cesse plus nombreux, est attiré vers les faubourgs des grandes villes et s'entasse dans ces casernes que sont aujourd'hui, les logements ouvriers, de même les médecins ont quitté leurs rustiques propriétés. Ils habitent ces mêmes faubourgs, parcourent ces mêmes taudis ; ce n'est qu'au prix d'un labeur incessant, d'une âpre concurrence, qu'ils arrivent à gagner leur vie. Sous nos yeux se cons-

titue, à notre époque, un prolétariat médical, dont la situation évolue parallèlement à celle de l'ouvrier.

Celui-ci, totalement privé de ressources, appartient à cette catégorie, de plus en plus nombreuse, des « économiquement faibles », c'est-à-dire de ceux que le moindre risque social, maladie, invalidité, vieillesse, maternité, chômage, peut réduire, ainsi que leur famille, à la plus grande misère, du jour au lendemain.

D'autre part, les traitements modernes sont si longs, si coûteux, les recherches de laboratoire et examens si nombreux, que la capacité de paiement du travailleur est vite épuisée. C'est alors, qu'au malade insolvable, se substitue un tiers. Le grand phénomène qui modifie, de nos jours, l'exercice de la médecine, est l'apparition d'un tiers-payant.

L'apparition d'un intermédiaire, entre malade et médecin, n'est d'ailleurs pas le propre de l'Assurance Sociale. L'assistance médicale gratuite, les compagnies privées d'assurance, les sociétés de secours mutuels, les caisses de compensation des usines ont, depuis longtemps déjà, traduit cette tendance générale à protéger l'économiquement faible, par un système où une responsabilité collective est engagée. L'assurance sociale n'apparaît, dès lors, que comme le terme de cette évolution.

Pour le médecin, deux attitudes sont possibles en face de cette évolution logique et fatale de la médecine. Ou bien vouloir ignorer ces modifications nécessaires qui s'opèrent sous nos yeux, et s'en tenir à des formules périmées, ou bien accepter loyalement de collaborer aux œuvres sociales, qui se créent chaque jour. Car, dans une société moderne à forte densité de population comme la société française, le rôle du médecin n'est pas d'exercer son art en toute liberté et en toute fantaisie. Le rôle de

tout praticien est d'être au service de la santé du peuple français.

Aussi, concevoir l'exercice d'une médecine sociale qui ignore ou se trouve en conflit avec les médecins praticiens, serait un non-sens.

Nous avons déjà souligné, qu'en matière de lutte antituberculeuse, un des principaux éléments du succès est le diagnostic précoce. Ce diagnostic précoce ne peut être fait que par les praticiens. C'est donc eux qui jouent le rôle primordial. Vouloir se passer de leurs services, serait une hérésie et une injustice. Aussi réprouvons-nous toute mesure de la part des autorités, qui aurait pour conséquence de froisser les justes susceptibilités des médecins ; mais, en revanche, nous demandons à ceux-ci, d'accepter de bonne foi, une collaboration efficace avec les autorités sanitaires, en vue de la protection de la Santé publique. C'est l'exemple que nous donnent les médecins des Etats-Unis, du Danemark, du Reich allemand. C'est cet esprit social que nous voudrions voir inculquer aux médecins français, dès les bancs de la Faculté, plutôt que de favoriser un individualisme dangereux.

Cet esprit social ne saurait mieux se manifester que par un large syndicalisme médical qui, ne limitant pas seulement son activité à la stricte défense des intérêts corporatifs, saurait prendre en main, les intérêts moraux de la profession.

C'est ainsi que nous souhaitons de voir le corps médical organisé officiellement, représenté dans les conseils d'administration des Offices départementaux d'Hygiène sociale.

C'est ainsi que nous souhaitons encore de voir le

corps médical accepter de se soumettre à certaines règles déontologiques, en vue de la limitation de la contamination, par le bacille de Koch.

RÉGLEMENTATION DE LA PROPHYLAXIE ANTITUBERCULEUSE

Car il ne suffit pas, nous semble-t-il, d'ouvrir des établissements de soins en grand nombre, et d'apporter aux malades, un appui matériel qui les met à l'abri de la misère. Une organisation de lutte antituberculeuse, pour obtenir son plein rendement, doit connaître tous les tuberculeux contagieux et les mettre dans l'impossibilité de nuire, c'est-à-dire de transmettre le germe de leur maladie. Si la première partie de ce programme : connaître tous les tuberculeux, est déjà délicate à réaliser, la seconde présente des difficultés à peu près insurmontables, avec nos conceptions actuelles de la liberté individuelle.

Et cependant, il nous paraît qu'en présence d'un malade dangereux pour son entourage, la société, dans un but de sécurité, a des droits sur ce malade.

Il n'est pas de praticien qui, au cours de sa carrière, n'ait été à même d'observer des cas de tuberculeux contagieux, qui refusaient toute séparation, et devant la volonté desquels il fallait s'incliner, car la loi, non seulement ne soutient pas le médecin dans son rôle de protection de la santé publique, mais encore se fait complice d'individus dangereux pour leur entourage. Tantôt, c'est un instituteur que l'on ne peut dénoncer et qui risque de contaminer ses jeunes élèves, tantôt c'est une mère qui repousse toute séparation d'avec ses enfants en bas-âge. Les exemples pourraient être multipliés sans peine, et c'est lorsqu'on les considère, que l'on se demande s'il

n'y aurait pas lieu de modifier les lois et coutumes qui réglementent l'exercice de la profession médicale en France.

A quoi sert, en effet, d'essayer de réparer le mal d'un côté, quand on le laisse se développer de l'autre, lorsqu'on semble même le favoriser. Quand donc cessera, par exemple, le scandale des stations climatiques, où, au mépris de toute discipline hygiénique, les tuberculeux viennent, sans aucune précaution, loger dans des chambres d'hôtel, qui seront ultérieurement habitées par des familles comprenant de jeunes enfants ?

Il n'y a pas lieu d'établir ici, d'une façon précise, quelles seraient les règles de prophylaxie sociale qu'il importe de rendre obligatoires en France. Ce que l'on peut affirmer, c'est que ces règles apparaîtront tôt ou tard, comme inévitables, et qu'elles seront appliquées, dans notre pays, avec autant de succès qu'aux Etats-Unis ou au Danemark, par exemple.

Certes, on pourra nous dire, et l'on ne manquera pas de nous dire, que des procédés quasi dictatoriaux comme ceux qui sont mis en usage au Danemark, peuvent s'acclimater dans des pays de culture germanique ou anglo-saxonne, mais que le tempérament latin ne saurait supporter de pareilles entraves. Nous reconnaissons que le côté moral de la question n'est pas négligeable, et qu'il faut éviter de transformer les malheureux bacillaires en modernes lépreux ou pestiférés. Mais l'expérience du dispensaire montre que les malades reconnaissent toujours la nécessité de certaines formalités ou interventions. Il se soumettent aux examens du radiologiste, ne voient aucun inconvénient à ce que l'aide du laboratoire sache qu'ils ont des bacilles dans les crachats, et ne s'étonnent nullement d'entendre dicter à une infirmière, une fiche de renseignements médicaux

les concernant. Ils accueillent, avec reconnaissance, les infirmières-visiteuses, lorsque celles-ci viennent faire leur enquête à domicile. Ils font savoir eux-mêmes à leur employeur, pour quelle raison ils cessent leur travail, et accomplissent eux-mêmes les démarches nécessaires en vue d'obtenir des secours matériels. Ainsi, le public tend, à notre époque, à considérer la maladie comme un malheur et non comme une tare, et nous croyons que des mesures prophylactiques, même sévères, n'amèneront aucune protestation, si elles n'entraînent pour le malade, aucun ennui matériel ou moral, mais déclanchent, au contraire, toute une série d'avantages pour lui et pour sa famille.

Aussi, considérons-nous que l'application d'un certain nombre de règlements sanitaires de prophylaxie antituberculeuse, est le complément nécessaire de tout armement bien compris : la notification des cas contagieux et des décès ; la désinfection obligatoire, lors du changement de domicile du tuberculeux ; l'examen périodique des membres du corps enseignant, des nourrices et de toutes les personnes qui s'occupent des enfants ; des règlements sévères concernant l'interdiction de cracher, autant de points sur lesquels il est facile de prendre position.

Souhaitons qu'un jour prochain, un parlementaire veuille bien attacher son nom à une loi qui résumerait toutes ces dispositions, en une sorte de code de la prophylaxie antituberculeuse, analogue à la loi danoise sur les mesures relatives à la lutte contre la Tuberculose !

Conclusions

La tuberculose est une des maladies sociales les plus dangereuses pour l'individu, la famille, la collectivité. Aussi, les nations civilisées se sont-elles attachées, par des moyens divers, à encourager le développement d'œuvres destinées à combattre cette redoutable maladie.

L'étude de la plupart des organisations antituberculeuses étrangères montre que l'effort s'est surtout porté vers deux directions : d'abord, assurer la prophylaxie de la tuberculose par une série de mesures législatives, visant à limiter la contagion ; ensuite, protéger les populations contre les risques sociaux, grâce à des systèmes variés d'assurances.

Mais il est remarquable de constater que les institutions d'assurances, de types si divers qu'elles soient, présentent la même tendance à évoluer de la simple compensation du risque vers les restaurations et la prévention, tendance qui est partout commandée par les nécessités sociales et par le souci d'un parfait équilibre financier.

En matière de tuberculose, plus particulièrement, les organismes d'assurances ont compris l'intérêt qu'ils avaient à prévenir la contamination de leurs affiliés par le bacille de Koch, grâce à des mesures prophylactiques judicieusement prises, à traiter précocement et vigoureusement les malades curables, afin de régénérer leur capacité productive, plutôt qu'à se contenter de verser aux malades, de lourdes indemnités de maladie ou d'invalidité.

Que ce soient donc de vastes entreprises privées d'as-

surances sur la vie, comme aux Etats-Unis ; que ce soient des mutualités libres, comme au Danemark ou en Belgique ; que ce soit une assurance spéciale contre la tuberculose, comme en Italie ; que ce soit, enfin, un vaste système étendu à tous les risques sociaux, comme en Allemagne, les institutions d'Assurances Sociales ont une égale tendance à participer, d'une façon plus ou moins étendue, à l'équipement sanitaire du pays et à la protection générale de la santé publique.

Mais, l'application du principe, d'ailleurs légitime, de la gestion autonome des caisses d'assurances, conduit parfois à des lacunes ou à des double-emplois, puisque pouvoirs publics, instituts d'assurances, œuvres privées contribuent, à des titres divers et souvent sans coordination suffisante, à la même lutte antituberculeuse.

Aussi, est-il d'une importance capitale de voir déterminer, d'une façon précise, les attributions et les rapports des divers organismes intéressés à combattre les fléaux sociaux et, en particulier, la tuberculose.

Or, ces rapports sont assez rarement définis d'une manière parfaite. Une législation d'ensemble, comme en Italie, une rigoureuse définition des attributions de chacun, comme au Danemark, des séries d'accords volontaires, comme dans de nombreuses régions de l'Allemagne, telles sont les solutions les plus généralement adoptées, afin d'éviter toute confusion et tout gaspillage. Elles ont donné amplement satisfaction dans les pays où elles ont été mises en pratique.

Ces considérations diverses (rôle bienfaisant des assurances dans la prévention des maladies sociales, nécessité de la coordination des efforts de tous les organismes intéressés à la lutte contre ces mêmes maladies), ne sont pas sans intérêt, au moment où la France adopte, à son

tour, une vaste législation, destinée à préserver les « économiquement faibles », contre les risques maladie, invalidité, vieillesse, maternité et chômage.

La loi du 5 avril 1928, modifiée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930, en prenant en charge la protection contre les risques sociaux de près des deux cinquièmes de la population française, doit, malgré ses imperfections, être en même temps qu'une loi hautement humanitaire, une loi de santé publique et d'hygiène.

Le législateur semble d'ailleurs avoir assez peu saisi l'importance de ce dernier point de vue. Le texte de la loi autorise cependant formellement la prise de mesures de prophylaxie, en vue de la prévention des risques maladie et invalidité.

Or, ces mesures ne sauraient être mieux placées que dans la protection des assurés contre le risque tuberculose. La tuberculose, en effet, décime nos populations, entraîne une forte mortalité et une forte morbidité infantiles, immobilise un grand nombre de jeunes travailleurs, qui deviennent ainsi un poids mort pour la société, provoque la misère dans les foyers contaminés. Les caisses d'assurances sociales verront, dès le début de leur fonctionnement, le spectre de la tuberculose se dresser devant elles.

Aussi, auront-elles, sans doute, la tentation d'entreprendre pour leur propre compte, la lutte contre ce redoutable fléau, par des méthodes qui ont déjà fait leur preuve : création de dispensaires pour le dépistage, ouverture de sanatoriums pour les malades curables, versement d'indemnités aux invalides. Mais alors, le problème de l'équilibre financier des caisses, en raison de l'étendue des prestations à assurer pour couvrir le risque tuberculose, se posera sans doute rapidement, avec une réelle gravité.

Il est donc évident que, tant pour des raisons d'ordre financier, que d'ordre technique, ainsi que pour user des avantages de la législation antérieure, il serait d'une plus sage politique de s'appuyer sur les œuvres antituberculeuses préexistantes.

L'apport de larges subventions des caisses à ces œuvres, leur donnera certainement un essor nouveau et permettra une refonte partielle de l'armement antituberculeux, sur des bases plus rationnelles.

Il convient donc, dès maintenant, de fixer les lignes directrices d'une politique logique de lutte antituberculeuse.

Cette politique ne peut être conçue que dans le cadre administratif français par excellence, qui est le cadre départemental. Elle doit être confiée à un organisme unique, officiel, placé sous l'autorité directe du Préfet, et qui groupera dans son Conseil d'Administration, des représentants qualifiés des autorités publiques, des caisses d'assurances, des œuvres privées et des syndicats médicaux.

Cet organisme, Office Départemental d'Hygiène Publique, a seule qualité pour s'attacher à la lutte contre la Tuberculose et il aura à administrer, ou à créer, l'armement antituberculeux départemental qui, pour être complet, doit comprendre les quatre éléments suivants :

a) Le Dispensaire d'Hygiène sociale qui, répondant à un territoire donné, muni d'un poste de radiologie et d'un microscope, est un centre de diagnostic gratuit et de placement, mis à la disposition des médecins de caisses ; par ses infirmières-visiteuses, il opère encore la prophylaxie à domicile, d'accord avec les praticiens.

b) Le Sanatorium-hôpital, vaste centre médico-chi-

rurgical, auquel sont dévolues les fonctions de traitement et d'isolement des tuberculeux de toutes catégories.

c) Les Œuvres post-sanatoriales, sanatoriums de convalescents, centres de rééducation, bureaux de placement et ateliers pour anciens tuberculeux.

d) Enfin, les consultations maternelles et infantiles et des préventoriums, afin de préserver l'enfance.

Dans la gestion et la direction de tous ces organismes, les instituts d'Assurances auront, outre leur représentation au Conseil d'administration de l'Office, à apporter leur appui pécuniaire, sous forme de subventions forfaitaires, en vue de l'entretien des Dispensaires et des Bureaux de Placement, et de remboursement du prix de journée des assujettis, reçus au sanatorium-hôpital ou en préventorium.

Mais dans tous les cas, il sera utile de guider et d'orienter les institutions d'assurances sociales dans leurs prêts et leurs placements : c'est là un rôle qui revient tout naturellement au Comité National de Défense contre la Tuberculose.

Il faudra plus : l'intervention d'une législation nouvelle, favorisant le développement de la lutte antituberculeuse, et dont les caractères principaux seront de donner aux Offices Départementaux d'Hygiène Sociale, le statut légal qui leur manque encore, d'étendre aux sanatoriums-hôpitaux et aux préventoriums, les dispositions bienfaisantes de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums, d'édicter enfin un certain nombre de règles de prophylaxie publique, s'adressant à l'ensemble de la population.

C'est à ces conditions que la loi française des Assurances Sociales, qui assure les soins médicaux, couvre

les risques invalidité et vieillesse, pour près de dix millions de personnes, qui permet l'incomparable développement d'établissements de traitement et de prévention, pourra apporter à la lutte antituberculeuse un appoint considérable.

VU :

Le Président de Thèse,

LÉON BERNARD.

VU :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

Ne pouvant donner une bibliographie complète de tous les documents traitant de sujets aussi vastes que les Assurances Sociales d'une part, et de la lutte antituberculeuse en général d'autre part, la présente bibliographie ne fait état que des ouvrages, brochures ou articles publiés récemment et qui présentent un intérêt tout particulier.

AMSLER et Mlle B. FÉVRIER. — La Diminution de la Mortalité tuberculeuse par l'action prophylactique des dispensaires. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale* n° 4, 1929).

Annuaire sanitaire international de la Société des Nations pour l'année 1928. (Genève, 1929)

ANTONELLI (E.). — Guide pratique des Assurances Sociales (Payot, 1928).

ARBOGAST. — Conseils pratiques donnés aux malades des sanatoriums populaires. (*Editions de l'Institut d'Assurances Sociales*, Strasbourg).

Armement antituberculeux de la Belgique. (Edité par La Ligue Nationale Belge contre la Tuberculose, Bruxelles 1929).

Armement antituberculeux français. — Introduction de Léon Bernard et G. Poix (Masson).

ARNOULD (E.). — Tuberculose et cancer : leur importance comparée au point de vue social. (*Presse médicale*, 26-II-27)

Assicurazione obbligatoria contra la Tuberculozi. — (Publication de la Caza nazionale per le Assicurazioni sociali, Rome 1928).

L'Assurance obligatoire contre la Tuberculose en Italie. — (Informations du B. I. T. n° 13, 1927).

AUBLANT. — La place du préventorium dans la lutte antituberculeuse et dans l'assistance. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 5, 1927).

AUBRUN. — Les Assurances Sociales en Alsace. (*Paris Médical*, 20 et 27-IV-29).

BAILLET (L.). — Village-sanatorium, sanatorium, hôpital-sanatorium. (*Presse Médicale*, n° 99, 1926).

- Le rôle éducatif du dispensaire. (*Bulletin de la Société des médecins de dispensaires*, juin 1927).
- BERNARD (Léon). — Les Etats-Unis d'Amérique et l'Hygiène. (Editions du *Musée Social*, 1923).
- Papworth. Une solution du problème social de la tuberculose. (*Presse Médicale*, 18 avril 1924).
- La tuberculose pulmonaire. (Masson, 1925).
- La valeur des mesures de prophylaxie sociale anti-tuberculeuse. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, 1925, n° 1).
- De la spécialisation en Médecine : la Phtisiologie est une spécialité. (Leçon inaugurale de la Clinique de Phtisiologie. Paris, 14 novembre 1928).
- L'organisation de la lutte antituberculeuse en France. (*Publication du Comité National de Défense contre la Tuberculose*, 1928).
- BERNARD (Léon), BARON et VALTIS. — Statistique du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1925, n° 1).
- BEZANÇON (A.). — La loi sur les Assurances Sociales et les dispensaires d'Hygiène sociale. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 1, 1928).
- BEZANÇON (Fernand). — L'orientation nouvelle de la lutte anti-tuberculeuse, créée par la généralisation des méthodes de collapsothérapie. (Communication à l'Académie de Médecine, 13-V-30).
- BEZANÇON (Fernand), BRAUN et Mme FREY-RAGU. — Tubercules pulmonaires ignorées, décelées par l'examen systématique. (*Revue de la Tuberculose*, n° 2, 1930).
- BIRAUD (Y.). — La mortalité tuberculeuse et son évolution ; aperçu géographique et épidémiologique. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 1, 1930).
- BOLTON THOMSON (W.). — Notes and suggestions on the finding of Employment for the tuberculous by tuberculosis care Committees. (Londres, 1927).
- BOUREILLE. — La Prophylaxie de la Tuberculose dans le III^e arrondissement de Paris. (*Revue d'Hygiène*, mars 1926).
- BRAND (W.). — Organisation de la prophylaxie antituberculeuse

- dans les districts ruraux. (Rapports à la VI^e conférence internationale de la Tuberculose, Rome, 1928).
- BRIAU (E.). — Assurances Sociales et Hygiène. (Rapport au Congrès international d'Hygiène, Paris, 1927).
- / Assurances Sociales et tuberculose. (*Presse Médicale*, 11-II-28).
- BRISAUD. — L'assistance post-sanatoriale. (*Marseille Médicale*, n° 15, 1928).
- BROUKHORST et SERRARENS (d'Utrecht). — Assistance aux tuberculeux après sanatorium. (*Bulletin international d'Hygiène publique*, n° 7, 1924).
- BUISSON (Georges). — Entretiens sur les Assurances Sociales. (*Editions de la Confédération Générale du Travail*, 1930).
- CALMETTE (A.). — L'infection bacillaire et la Tuberculose chez l'homme et les animaux. (Masson).
- Vaccination préventive de la Tuberculose ou prémunition par le B. C. G. (Rapport à la VII^e conférence internationale contre la Tuberculose, Oslo, 1930).
- CAMPBELL KLEIN (Alice) et GRANT THOMBURN. — Un bureau de placement pour Tuberculeux. (*Bulletin de l'Union internationale contre la Tuberculose*, n° 3, 1929).
- CHAPTAL (Mlle). — Notre législation antituberculeuse et le rôle des Commissions administratives des hospices. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 1, 1928).
- CHAUVEAU (E.). — Les Assurances Sociales du point de vue de l'Hygiène et de la Santé publique. (*La Vie Sociale en France*, février 1928).
- COCARD. — Etude médico-sociale sur le fonctionnement d'un dispensaire antituberculeux d'une grande ville. Le dispensaire d'Angers. (*Thèse*, Paris, 1926).
- Code des Assurances Sociales d'Empire du 19 juillet 1911.* — Traduction. Edition de l'Office général. (Imprimerie Strasbourgeoise, 1921).
- Code des Assurances Sociales du Reich.* (Publication du B. I. T., Genève, 1924).
- COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Rapports annuels (1927, 1928, 1929, 1930).

- Contrat pour la lutte contre la Tuberculose ; entre l'Association Alsacienne et Lorraine contre la Tuberculose d'une part, et la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace, d'autre part. (Le Médecin d'Alsace-Lorraine, n° 2, 1925).*
- Convention entre les Caisses d'Entreprises et de Corporations et les Syndicats Médicaux de Strasbourg-Ville, Erstein et Strasbourg-Campagne. (Le Médecin d'Alsace-Lorraine, n° 11, 1925).*
- COUVELAIRE. — Obstétricie sociale dans le Cours d'Hygiène de Léon Bernard et Debré. (Masson, 1928).
- DENOYELLE. — Etude statistique sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. (Thèse, Paris, 1926).
- DEQUIDT. — Administration sanitaire et Assurances Sociales. (Rapport au Congrès International d'Hygiène, Paris, 1927).
- DESFOSSÉS. — Les Assurances Sociales et une politique économique de la Santé publique. (*Presse Médicale*, 24-11-28).
- Les Dispensaires de l'O. P. H. S. S. et la loi des Assurances Sociales.* (Note in *Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 1, 1929).
- DROUET (G.). — Les Dispensaires de l'O. P. H. S. et la loi des Assurances Sociales. (*Concours Médical*, 14-VII-29).
- DUCHESNE (G.). — Evolution parallèle de la législation sociale contemporaine et du mouvement médico-professionnel. (*Concours Médical*, 21-XI-26).
- DUBALLEN et RICHARD. — Le rendement médical et le fonctionnement financier d'un sanatorium public. (*Revue de la Phtisiologie médico-sociale*, n° 2, 1923).
- DUHAMEL. — La lutte contre les fléaux sociaux en Alsace-Lorraine par les Assurances Sociales. (*Revue Philanthropique*, 15 juin 1928).
- DUMAREST (F.). — A propos de la prophylaxie rurale de la Tuberculose. (Communication à la VI^e Conférence de l'Union internationale contre la Tuberculose, Rome, 1928).
- EEER (E.). — Le traitement de la Tuberculose pulmonaire par le Pneumothorax dans le cadre du Code sur les Assu-

- rances Sociales d'Alsace et de Lorraine. (*Revue de Phthisiologie médico-sociale*, n° 6, 1925).
- Rôle du dispensaire antituberculeux dans la cure par le pneumothorax artificiel. (*Revue de Phthisiologie médico-sociale*, n° 3, 1925).
- Les Assurances Sociales. (*Journal de l'Est*, Strasbourg, 18-12-1929).
- Enquête sur la législation concernant l'interdiction de cracher.*
— (*Bulletin de l'Union internationale contre la Tuberculose*, n° 1, 1926).
- EYROT (J.). — L'organisation antituberculeuse de l'Allemagne. (*Revue de Phthisiologie médico-sociale*, n° 2, 1928).
- EYLAUD (J. M.). — Les Assurances Sociales et la Protection de la Santé publique. (Paris, Alcan, 1929).
- FALLOISE (A.). — La ligue nationale belge contre la Tuberculose, 1900 à 1925. (*Revue belge de la Tuberculose*, 1926, n° 2).
- FORESTIER (G.). — Les Assurances Sociales à l'Etranger et la Tuberculose. (*Revue de Phthisiologie médico-sociale*, n° 2, 1929).
- Les Assurances Sociales en France et la Tuberculose. (*Revue de Phthisiologie médico-sociale*, n° 3, 1929).
- FRENKEL (Aline). — Les Œuvres Post-Sanatoriales. (*Thèse*, Toulouse, 1930).
- FREY (Gottfried). — Les Services d'Hygiène publique en Allemagne. (Editions de la Section d'Hygiène de la S. D. N., 1923).
- GAUSSEL. — L'hôpital-sanatorium, service de triage, d'isolement et de traitement pour tuberculeux pulmonaires. (*Marseille Médical*, 15 juillet 1928).
- GEERAERD. — Hospitalisation des Tuberculeux incurables. (*Revue belge de la Tuberculose*, n° 3, 1929).
- Gesundheitsfürsorge in der Invalidenversicherung* (1928-1929).
Editions du Ministère d'Hygiène du Reich.
- GIANNINI. — Le régime des Consortiums dans l'organisation de la lutte antituberculeuse. (Congrès pour la lutte contre la Tuberculose, Palerme, 1929).
- GODARD (Jacques). — Secret professionnel et Tuberculose. (*Revue de Phthisiologie médico-sociale*, n° 2, 1929).

- L'inspection médicale des écoles et la Tuberculose à Cologne. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 1, 1930).
- GOLDBERG (B.). — A unified plan of tuberculosis control. (*American Review of Tuberculosis*, VI-1929).
- GOLDMANN et GROTHJAHN. — Les Prestations de l'Assurance-maladie allemande du point de vue de l'Hygiène sociale. (Editions du B. I. T., Genève, 1928).
- GOETZL. — Arbeiterversicherung und Tuberkulose bekämpfung. (*Volksgesundheit*, f. 10, 1927).
- GRIESER (Andréas). — Le rôle de la prévention dans l'Assurance Sociale. (*Revue internationale du Travail*, juin 1927).
- GUÉRIN (Paul). — L'Etat contre le Médecin. Maloine, 1929.
- GUINARD (Louis). — La Pratique du Sanatorium. Masson, 1925.
- Quels établissements doivent être qualifiés sanatoriums et soumis aux dispositions légales ? (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 3, 1926).
- L'entretien du pneumothorax artificiel dans les Dispensaires d'Hygiène sociale. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 5, 1926).
- Le préventorium de Sillery ; colonie franco-britannique d'adaptation à la vie rurale (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 2, 1928).
- GUINARD (Urbain). — Avenir éloigné de la Tuberculose pulmonaire chez 831 cracheurs de bacilles, suivis au sanatorium de Bligny. (*Thèse*, Paris, 1925).
- GUINON (Georges). — Tuberculose et service militaire. (*Revue de Phtisiologie Médico-Sociale*, n° 3, 1929).
- GUTERBOCK (Robert.) — Wie muss die Tuberkulose bekämpfung in Deutschland aussehen. (*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, f. 5, 1925).
- HAMEL et GRIESER. — La lutte contre la Tuberculose dans le Reich allemand. (Rapport à la Section d'Hygiène de la S. D. N., 1928).
- HELM (F.). — Der Stand der Tuberkulose bekämpfung in Frühjahr 1929. (Rapport au XXXIII^e Congrès annuel du Comité central allemand de lutte contre la Tuberculose).

- Organisation der Tuberkulose bekämpfung in Deutschland. (*Deutsche Medizin Wochenschrift*, mai 1928).
- HERMANN (Aug.). — L'armement antituberculeux dans les trois départements recouvrés. (Strasbourg, Editions de *La Vie Sociale en France*).
- L'armement antituberculeux au Danemark. (Editions de *La Vie Sociale en France*).
- HOLTZMANN. — Assurances Sociales et Santé publique. (Rapport au Congrès international d'Hygiène de Paris, 1927).
- ICHOK. — L'assurance obligatoire contre la Tuberculose en Italie. (*Presse Médicale*, 24-11-1928).
- INGENBLECK (A.). — L'Assurance-Invalidité. L'expérience de l'Alsace-Lorraine. (*Thèse de Doctorat en Droit*. Paris, 1929).
- JACQUEMIN. — Rééducation et placement des tuberculeux consolidés. (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums*, juin 1928).
- JACQUOT (R.). — La Médecine sociale et le Corps médical. (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums*, n^{os} 3, 4, 5 et 6, 1929).
- JAUNIAUX et TIURBALL. — La lutte antituberculeuse en Belgique. (Rapport à la Section d'Hygiène de la S. D. N., 1928).
- JULLIEN (L.). — L'Assurance nationale préventive contre la Tuberculose. (*Le Mouvement Sanitaire*, n^o 22, 1926).
- KAY MENZIES. — Le rôle joué par les Colonies de Rééducation au travail dans le Traitement de la Tuberculose. (*Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose*, n^o 2, 1924).
- KIEFFER (Otto). — Die Tuberkulose im frühen Schulalter. (*Beitrag zur Klinik der Tuberkulose*, n^o 4, 1927).
- KNUD FABER. — Les résultats de la lutte antituberculeuse au Danemark. (Rapport à la IV^e Conférence internationale contre la Tuberculose, Lausanne, 1924).
- La tuberculose dans les campagnes au Danemark. (Rapport à la VI^e Conférence de l'Union internationale contre la Tuberculose, Rome, 1928).
- KUHN. — Le système d'associations d'Assurances mutuelles contre les maladies, au Danemark, in L'Organisation sani-

- taire au Danemark. (Publications de la Section d'Hygiène de la S. D. N., 1924).
- KUSS. — Quels tuberculeux doit-on admettre et conserver dans les sanatoriums publics. (*Bulletin de la Société des Médecins de Dispensaires de l'O. P. H. S.*, 1923).
- LEGOND. — A propos des surexpertises des tuberculeux pour pensions militaires. (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums*, août 1929).
- LEHMANN (H.). — Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung. (Berlin, 1929).
- LEMOINE. — Application du Code des Assurances Sociales à la lutte contre la Tuberculose pulmonaire en Alsace-Lorraine. (*Thèse*. Lille, 1927).
- LEREBOULET et PETIT. — La tuberculose aux Etats-Unis. (*Paris Médical*, 5-1-29).
- LETULLE. — Organisation d'un service hospitalier en vue de l'isolement et de la cure de la phtisie pulmonaire. (Paris, 1900).
- LIECK (E.). — Les méfaits des Assurances Sociales en Allemagne. (Traduction Payot, 1927).
- LIMOUSIN (H.). — La lutte antituberculeuse aux Etats-Unis. (*Thèse*. Paris, 1921).
- LINSLY R. WILLIAMS. — L'œuvre antituberculeuse aux Etats-Unis, son organisation et ses résultats. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 5, 1927).
- LYMAN-FISK. — L'Institut pour la prolongation de la vie et les examens médicaux préventifs.
- MARTELLI. — L'assurance obligatoire contre la Tuberculose en Italie. (Discours à la VI^e Conférence de l'Union internationale de la Tuberculose, Rome, septembre 1928).
- MC DOUGALL (J. B.). — A Resume of Five Years' Work at a Village Settlement for tuberculous ex-service men. (*Tubercle*, 1930, n° 7).
- MERCKLEN et WOLFF. — Les conséquences médicales du fonctionnement de la loi allemande des Assurances Sociales exposées par le Professeur Eppinger. (Communication à l'Académie de Médecine, 22-XI-29).

- MILLER (James, Alexander). — Climate in the treatment of pulmonary tuberculosis. (*Tubercle*, n° 2, 1929).
- MILLER (J. A.) et GEBHARDT. — L'hôpital familial. (*American Review of Tuberculosis*, n° 6, 1925).
- MOINE (Marcel). — Développement de l'Organisation antituberculeuse en France. (*Journal de la Société Statistique*, n° 2, 1926).
- Rapports du Service de la Statistique du Comité National de Défense contre la Tuberculose, pour les années 1926, 1927, 1928.
- MOLLERS (Bernhard). — Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege in Deutschen Reiche. (Berlin, 1930).
- MOUISSET (F.). — Améliorations désirables dans l'organisation de la lutte contre la Tuberculose. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 3, 1930).
- MOULIN (G.). — Les Assurances Sociales du Territoire de la Sarre. (*Le Musée Social*, février 1927).
- NELBACH (G. J.). — L'Organisation de la Campagne antituberculeuse dans les districts ruraux. (*Bulletin de l'Union internationale contre la Tuberculose*, n° 1, 1929).
- NOIR (J.). — Les Etablissements de Cure antituberculeux. (*Concours Médical*, 6-X-29).
- L'Organisation antituberculeuse du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.* (Tract édité par l'Association Alsacienne et Lorraine de Défense contre la Tuberculose, Strasbourg, 1929).
- OSTERFELD et PERMIN. — La lutte contre la tuberculose au Danemark in L'Organisation sanitaire du Danemark. (Société des Nations, 1924).
- OTT (Ch.). — Rôle de l'inspecteur départemental des Services d'Hygiène dans la lutte antituberculeuse. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 5, 1926).
- Les Assurances Sociales et leur répercussion financière sur la réorganisation de l'Hygiène publique en France. (Rapport au Congrès international d'Hygiène de Paris, 1927).
- PARISOT. — Organisation de la lutte antituberculeuse dans le cadre départemental. (Paris, 1928).

PARISOT et GIRY. — Comment régler la collaboration éventuelle entre les dispensaires d'hygiène sociale et le corps médical dans les Assurances Sociales. (*Médecin de France*, 15-3-30).

PATTERSON et PHILIP P. JACOBS. — Sheltered employment for the tuberculous in the United States. (New-York, 1927).

PERDRON (Robert). — L'Histoire des Assurances Sociales en France. (Paris, 1928).

Placement familial des Tout-Petits. — Procès-verbaux des 8^e et 9^e Assemblées générales. (Février 1929, et Février 1930).

Les Placements Sociaux de l'Institut d'Assurance Sociale d'Alsace-Lorraine. (Strasbourg, 1928).

POIX (G.). — La lutte contre la Tuberculose au Danemark et ses résultats. (*Presse Médicale*, 24-II-1926).

— La tuberculose et les agents des Postes. (Rapport à la Commission Permanente de Préservation contre la Tuberculose, Mars 1929).

— Assurances Sociales et dispensaires antituberculeux. (Rapport au Comité National de Défense contre la Tuberculose, 1930).

POIX (G.) et A. BOSNIÈRES. — Le Pneumothorax thérapeutique en cure libre chez les tuberculeux. (*Presse Médicale*, 8 novembre 1930).

POIX (G.) et Mlle J. FONTAINE. — La tuberculose en Italie et la législation antituberculeuse italienne. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 2, 1930).

Projet de loi tendant à modifier la loi du 15 avril 1916 sur les Dispensaires d'Hygiène Sociale. (Déposé au Bureau du Sénat par M. STRAUSS, Ministre de l'Hygiène, 1923).

PUTZEYS et MANKELS. — Construction et Aménagement des Sanatoriums. (Rapports au Conseil Supérieur d'Hygiène de Belgique).

Rapports annuels du Comité Directeur de l'Institut d'Assurance Sociale d'Alsace-Lorraine. (Exercices 1927, 1928, 1929).

Rapport de la Conférence technique pour l'étude de la vaccination antituberculeuse, tenue à l'Institut Pasteur de Paris, du 15 au 18 octobre 1928. (Publications de l'Organisation d'Hygiène de la S. D. N., Genève, 1928).

- REY (A.). — La question des Assurances Sociales. (Alcan, 1925).
- RIST. — La Tuberculose. (Armand Colin, 1927).
- RIST et HIRSCHBERG. — L'Aspect économique et social du Traitement de la Tuberculose pulmonaire par le Pneumothorax artificiel. (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*).
- ROUX (G.). — Le Placement des Tuberculeux. (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums*, n° 1, 1929).
- SAGONA. — Le Régime de l'Assurance dans l'Organisation de la lutte antituberculeuse. (Congrès italien pour la lutte contre la Tuberculose, Palerme, 1929).
- SAVELS. — La lutte antituberculeuse à Cologne. (Rapport à la Section d'Hygiène de la S. D. N., 1928).
- SEIFFERT (G.). — La lutte antituberculeuse en Bavière. (Rapport à la Section d'Hygiène de la S. D. N., 1928).
- SERGEANT (E.). — La maison de convalescence prolongée, organe indispensable dans la lutte antituberculeuse. (*Paris Médical*, n° 1, 1922).
- SERGEANT (E.) et Mme F. GOUIN. — Tuberculose et désertion des campagnes. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 3, 1929).
- SPECKLIN. — Considérations critiques sur les Assurances Sociales. (*Presse Médicale*, 6-III-29).
- STRAUSS (Paul). — Pour la Vie et pour la Santé. (Taillandier, Paris, 1929).
- Les bienfaits des Assurances Sociales pour la Santé publique. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 39, 1929).
- STRUTHERS et HUTT. — Ateliers pour tuberculeux. (*Bulletin de l'Office international d'Hygiène*, octobre 1926).
- THIBAULT. — De la nécessité d'adapter l'armement antituberculeux à la conception actuelle de l'évolution de la Tuberculose pulmonaire. (Thèse. Paris, 1927).
- TOPSENT (E.). — Tuberculose et Assurances Sociales. (*Bulletin de la Fédération Nationale des Syndicats Médicaux*, n° 8, 1926).
- TRIOLETT. — A propos du projet de loi sur les Assurances So-

- ciales. (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums*, 1927).
- A propos d'un projet de loi sur l'incorporation obligatoire des conscrits atteints, suspects ou en immunité de tuberculose. (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums*, n° 6, 1928).
- VARRIER-JONES (P.-C.). — Papworth : Administrative and economic Problems in Tuberculosis. (Cambridge, 1925).
- VOS (B.-H.). — Le Traitement des Tuberculeux par le Travail. (*Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose*, n° 3, 1929).
- WACKENTHALER. — Questions et suggestions dans le domaine du Traitement curatif, pratiqué par l'Institut d'Assurance Sociale d'Alsace-Lorraine (in compte rendu de la VI^e Assemblée générale du Syndicat des Caisses-Maladies du Bas et du Haut-Rhin, Strasbourg, 1927).
- WOLFSOHN. — Les Assurances Sociales et la lutte contre la Tuberculose. (Communication à la XVII^e Section de la Ligue des Droits de l'Homme, Paris, 5 octobre 1923).
- Les Villages de Tuberculeux en Angleterre. (*Thèse de Paris*, 1925).
- ZIEGLER (O.). — Das Tuberkulose krankenhaus. (*Zeitschrift für Tuberkulose*, 1926, n° 4).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
--------------------	----

PREMIERE PARTIE

ETUDE DE QUELQUES ARMEMENTS ANTITUBERCULEUX ETRANGERS

<i>Chapitre I.</i> — Les Etats-Unis et l'Assurance privée	19
<i>Chapitre II.</i> — Le Danemark	29
<i>Chapitre III.</i> — La Belgique et les Mutualités ...	41
<i>Chapitre IV.</i> — L'Italie et l'Assurance obliga- toire contre la Tuberculose	49
<i>Chapitre V.</i> — L'Allemagne et les Assurances Sociales	59
<i>Chapitre VI.</i> — L'Alsace-Lorraine'	79

DEUXIEME PARTIE

LA SITUATION EN FRANCE

<i>Chapitre I.</i> — L'armement antituberculeux français	95
<i>Chapitre II.</i> — La loi des Assurances sociales ..	109

TROISIEME PARTIE

ASSURANCES SOCIALES ET ARMEMENT ANTITUBERCULEUX

<i>Chapitre I.</i> — Le dépistage des tuberculeux	121
<i>Chapitre II.</i> — Le traitement et l'isolement des tuberculeux	137
<i>Chapitre III.</i> — Les œuvres post-sanatoriales ..	155
<i>Chapitre IV.</i> — La préservation de l'enfance ...	173
<i>Chapitre V.</i> — La législation nouvelle	183
CONCLUSION	195
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	201

